ROK VI WARSZAWA 1932 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. DYONIZY HELLIN.
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Uwagi w sprawie techniki operacji kosmetycznych nosa[1])

Nie chciałbym zajmować Sz. Państwu czasu omawianiem rzeczy znanych z podręczników niemieckich, francuskich i angielskich chirurgji kosmetycznej nosa, pragnąłbym tylko podzielić się z Państwem uwagami, jakie nastręcza doświadczenie własne w kilkudziesięciu przypadkach w tej dziedzinie.

Jeżeli liczba lekarzy, zajmujących się tymi zabiegami, jest stosunkowo dość szczupła, to przyczyną tego jest ta okoliczność, że tu trzeba być i wykwalifikowanym chirurgiem i rynologiem. Chirurdzy, jak *Lexer*, wykonywują zabiegi te zzewnątrz, nie posiadają bowiem wykształcenia rynologicznego, taki zaś sposób operowania pozostawia po sobie *blizny;* nie jest jednak wskazanem, aby w miejsce jednego zniekształcenia tworzyć nowe, choćby z biegiem czasu mało widoczne.

Drugą trudność przedstawia *znieczulenie*. Jak P. wiadomo, zabiegi te wykonywa się w znieczuleniu miejscowem, a nie w uśpieniu ogólnem. Wstrzykiwania przy znieczuleniu miejscowem zmieniają jednak do tego stopnia postać nosa, że orjentacja, bez ciągłego porównywania z fotografją, wykonaną przed operacją, staje się tu bardzo trudną. Niezbędnem więc jest żądanie ze strony lekarza *fotografji* od mających się poddać operacji, choć często napotyka to na opór. Ocena więc wymiarów rzeczywistych nosa wymaga tu dużej wprawy, której podręcznik dać nie może. Uśpienie zaś ogólne,

[1]) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu naukowem Tow. Lekarskiego Warszawskiego w dn. 13.X. 1931. Por. artykuł mój w „Wiedzy Lekarskiej“, zesz. 1. 1930 r.

wobec trwania operacji niekiedy przez dwie godziny, byłoby dla chorego połączone z ryzykiem, niewspółmiernem z dolegliwością. Zabieg trwa stosunkowo długo dlatego, że rękoczyny są tu często atypowe, że trzeba np. przy skracaniu lub zwężaniu nosa usuwać części jego małemi kawałkami, aby nie usunąć zadużo, chodzi tu bowiem o *milimetry.* Nadto wskutek wadliwej i rozmaitej budowy chrząstek nosowych u różnych ludzi i wobec rozmaitej ich właściwości, to co się daje usunąć pewnym sposobem u jednego, nie daje się wykonać u drugich, gdzie stosować trzeba inną metodę, i to również przeciąga operację. Muszę tu dodać, że w czasie operacji, wskutek manipulacji z nosem, nabiera on chwilowo dziwacznych wprost postaci, co może zdezorjentować nieobeznanego z tem.

Dalej trzeba mieć na względzie i obliczyć, ile przypadnie w udziale *skróceniu* późniejszemu *wskutek* tworzącej się *blizny.*

Wreszcie trzeba posiadać *zmysł architektoniczny,* nie każdy bowiem nos pasuje do danej twarzy. Są ludzie, u których nos normalnej długości byłby za krótki w stosunku do ich twarzy i gdzie zatem skrócenie go nie może być zbyt znaczne, nie pasowałby on wtedy do ogólnej architektoniki twarzy, do pozostałych jej części. Wszystko to wymaga doświadczenia i wprawy.

Dalej podkreślić tu należy, że *pierwsza operacja* jest w pewnych przypadkach tylko wstępem do dalszych retuszów, gdy ostatecznie wykańcza się zabieg w celu nadania nosowi definitywnie żądanej postaci. Zasadniczo poprawkę wykonywać należy dopiero po zniknięciu obrzęków i nie wcześniej niż w 4 miesiące po pierwszym zabiegu, a to wskutek zmian, jakie sprowadza za sobą przeistoczenie tkanek w bliznę; drobne poprawki można niekiedy wykonać i wcześniej.

Po operacji powstaje *stwardnienie miąższu* nosa, wyczuwalne jeszcze w rok i później po zabiegu. Nadto zjawia się, szczególnie po operacjach na kostnych częściach nosa, czerwoność skóry lub skłonność do niej i do sinowatości skóry nosa, co jednak również po pewnym czasie znika. Obrzęk po operacjach na chrząstce znika w ciągu 5—10 dni, po operacjach kostnych trwać może około 4 tygodni. Przy wszelkich kostnych operacjach zjawiają się rozległe *sińce* pod i nad oczami, które trwają około 10 dni, w obydwu przypadkach okłady rozgrzewające przyśpieszają zniknięcie tych powikłań.

Po operacji należy jeszcze raz *zbadać* postać nosa w *postawie stojącej,* aby wyrównać ewentualne drobne jeszcze niedokładności tak, jak rzeźbiarz, gdy rzeźbi głowę. W czasie wykonywania zabiegu należy zwrócić uwagę na to, czy oba nozdrza i skrzydełka pozostały równe. Wskutek bowiem rozmaitej ilości i rozmaitego układu chrząstek i skrzydełek nosa po jednej i drugiej stronie powstaje często przy usuwaniu ich nadmiar jednostronny miąższu i skóry. Wycięcie chrząstek skrzydełek nosa należy wykonywać w ten sposób, by nie pozostało spłaszczenia lub dołka w skrzydełku. Nadto trzeba zwracać uwagę na to, by przegroda błoniasta nie była przekrzywiona w jedną stronę.

SKRÓCENIE NOSA.

Przy skracaniu nosa zbyt długiego otrzymujemy często w wyniku nos zbyt szeroki w okolicy nozdrzy, należy zatem w odpowiednich przypadkach wykonać ewentualnie również zwężenie nozdrzy. Skrócenie nosa zmienia niekiedy zasadniczo wygląd twarzy, która z pociągłej staje się okrągłą, co często odmładza twarz o dobrych kilka lat.

Skrócić nos i podnieść wyżej zwieszający się koniec jego można też, czego nie podają podręczniki, drogą wycięcia skóry przestrzeni międzybrwiowej i zeszycia jej tam, co, szczególniej u noszących szkła, pozostawia niewidoczną zupełnie bliznę.

Zniżenie czubka nosa osiągnąć można: 1) przez usunięcie chrząstek wystających, 2) przez ścięcie chrząstki czworokątnej, 3) przez wycięcie kawałka skóry i chrząstki przegrody błoniastej i wreszcie 4) przez wycięcie przedniego dolnego kolca nosowego.

Przy skrzywieniu nosa wskutek skrzywienia chrzęstnej przegrody nosowej należy przedewszystkiem ją uruchomić i ewentualnie wykonać wycięcie skrzywionej chrząstki.

GARBY.

Garby mogą być złożone bądź z kości, bądź z chrząstki, bądź z obydwuch tych tkanek. W wypadkach pourazowych garb kostny często zrośnięty jest z chrząstką, i dlatego też przy usuwaniu go należy mieć to na względzie, gdyż usunięcie garbu kostne-

go, powiązanego w tych razach z chrząstką zapomocą tkanki łącznej, pociągnąć może za sobą zapadnięcie się nosa w części jego chrzęstnej. Wogóle zniesienie garbu takiego jest połączone z pewnemi trudnościami technicznemi, gdyż tkanka łączna nie daje się usunąć ani za pomocą piłki ani za pomocą dłuta, lecz tylko nożyczkami lub nożem. W dwóch przypadkach tego rodzaju, gdy nos po usunięciu garbu zapadł się poniżej tegoż, przeszczepiłem kość pochodzącą z garbu na zapadłe miejsce, poczem nos nabrał postaci normalnej.

Przy usuwaniu większego garbu należy jednocześnie wykonać przecięcie kości właściwych nosa na granicy ich z wyrostkiem czołowym szczęki górnej i ścisnąć je, w przeciwnym bowiem razie nos w miejscu usuniętego garbu wydałby się za szeroki.

PRZESZCZEPIANIE.

W przypadkach nosa *wklęsłego* wykonywamy przeszczepienie kości bądź z goleni, bądź z miednicy, bądź z łopatki, bądź z kości garbu nosa lub z wyrostka czołowego szczęki górnej, odpowiednio do przypadku; wreszcie użyć możemy do tego celu dolnej małżowiny nosa. Bardzo dobre wyniki daje również przeszczepienie kości słoniowej, przygotowanej stosownie do wymiaru danego wklęśnięcia.

Nasuwa się tu pytanie, czy można przeszczepić kość *bez okostnej?* Okoliczność, że nawet kość słoniowa przyjmuje się bardzo dobrze, pozwalałaby przypuszczać, że i zwykła kość bez okostnej przyjąć się powinna. Jednak tak nie jest, gdyż kość zwierzęca bez okostnej ulega wchłanianiu, któremu, z powodu swej twardości, prawie nie ulega kość słoniowa. Według Lexera, przeszczepiona nawet wraz z okostną kość ulega początkowo wessaniu, i dopiero później z okostnej wytwarza się nowa kość.

Do przeszczepiania używamy także *chrząstki* z żeber, ze skrzywionej przegródki, z chrząstek nozdrzy wrazie ich zgrubienia lub z małżowiny usznej.

Przed każdem przeszczepieniem niezbędne jest *badanie krwi na Wassermana,* choć autorzy amerykańscy twierdzą, że odczyn dodatni nie ma znaczenia w tej sprawie. U chorych na kiłę należy przed przeszczepieniem przekonać się, czy wogóle zachowana jest przednia część chrząstki czworokątnej, w razie bowiem braku jej przeszczepiona kość nie znalazłaby oparcia w dolnej części nosa, i wtedy trzeba by wykonać ponadto bądź wszczepienie kości w przegrodę błoniastą, bądź zastosować bardziej powikłane rękoczyny.

Przy urazowym złamaniu kości właściwych nosa, jak to bywa np. u *bokserów,* nos można podwyższyć także nie przez przeszczepienie kości, lecz przez złamanie ich i ściśnięcie tak, aby nos był wyższym.

Zapadły nos w kile i *ozenie* (gdzie kanał nosowy jest jednocześnie rozszerzony) podnieść można również za pomocą wycięcia części wyrostka czołowego szczęki górnej i podniesienia w ten sposób uruchomionych kości właściwych nosa. Sposób ten w ozenie nie był dotychczas stosowany przez nikogo. Daje on wprawdzie tylko zwężenie kostnej części nosa, lecz wtedy pozostaje mniejsza powierzchnia dla dalszego zabiegu, jest więc bardzo pomocnym. Tym dalszym zabiegiem jest wszczepienie odpowiednio spreparowanych kości z kolana cielęcia według sposobu Eckert-Möbiusa, który we wszystkich trzech przypadkach z mej praktyki dał bardzo dobre wyniki: ilość wydalin zmniejszyła się wybitnie, z gęstych stały się one zupełnie rzadkie, a przykry zapach znikł zupełnie.

Przeszczepienie wykonać można bądź przez kanał nosowy po nacięciu śluzówki przegrody lub nad szczęką górną, przez nacięcie zewnętrzne na linji brwi lub na nosie w przestrzeni między brwiami. Te dwie ostatnie metody nie nadają się w przypadkach jednoczesnego istnienia garbu, gdyż po przez garb nie można przeprowadzić przesadzanych kości, o ile operowany nie zgadza się na usunięcie garbu. A tego właśnie cały szereg operowanych, szczególnie kobiet, nie życzy sobie, dopatrując się w garbie upiększenia nosa.

Przy tworzeniu miejsca dla przeszczepionej kości wyżłobiony worek okazuje się często zbyt obszernym, tak, że kość przesuwa się w nieodpowiednie miejsce. Dlatego też baczyć należy, aby przestrzeń wolna była tylko tak dużą, iżby mogła dość ściśle pomieścić przeszczepioną kość.

Nie zawsze przeszczepiona kość się przyjmuje. Bardzo często powstaje zapalenie okostnej. Zauważyć jednak należy, że nawet ropienie nie zawsze przeszkadza przyjęciu się przeszczepionej kości.

Często po przeszczepieniach kości zjawia się obrzęk z niewielką ilością surowicy, który usunąć się daje przez wyciągnięcie

zapomocą strzykawki Prawatza. W wyniku otrzymujemy zupełne wyleczenie.

Należy pamiętać, że jeżeli wycięcie kawałka szczęki górnej wykonywamy w celach przeszczepienia kości, to należy zabieg ten wykonać z zachowaniem okostnej, przy wycięciu zaś kości tej w celu zwężenia nosa wycina się kość bez okostny.

Dodać muszę, że operujący nie zawsze zgodzić się może na nadanie nosowi takiej postaci, jaką sobie życzy dana osoba, bo utrzymanie pewnych nieforemności przy usunięciu pozostałych mogłoby nadać twarzy brzydki wygląd.

Załączone fotografie nie są retuszowane. Przedstawiają one stan przed i po zabiegu.

I. Nosy wklęsłe.

Nr. 1. Nos wyrównany został przez przeszczepienie kości z goleni. Operowana poddała się już przed kilku laty takiej samej operacji u innego lekarza, lecz, jak widać z fotografji Nr. 1a, bez pomyślnego skutku.



Fot. 1a.



Fot. 1b.

Nr. 2. Uraz w dziecińIstwie. Nos siodełkowaty, za szeroki w części kostnej, czubek nosa wystaje zbytnio i mieści w sobie pagórkowate wywyższenie. Zabieg polegał na wszczepieniu wyciętych części z wyrostków czołowych szczęki górnej i usunięciu wystających części chrzęstnych dolnej części nosa.



Fot. 2a.



Fot. 2b.

II. Wystający czubek nosa.

Nr. 3. Zniesione zostały fałdy nad skrzydełkami nosa, usunięte dwie sterczące wypukłości na czubku nosa i rowek pomiędzy niemi, przez co czubek nosa opuścił się do wysokości normalnej.



Fot. 3a.



Fot. 3b.



Fot. 4a.



Fot. 4b.

III. Wystający czubek nosa w połączeniu z rozszerzeniem górnej części nosa (por. Nr. 2) i jej wklęśnięciem. Ozena.

Nr. 5. Przeszczepienie wyciętych części wyrostka czołowego pod grzbiet nosa. Ściśnięcie kości właściwych nosa. Zwężenie dolnej części kanału nosowego prawego przez wszczepienie kości cielęcej metodą *Eckerta-Möbiusa*. Wyraz twarzy zmienił się prawie do niepoznania. Zapach i wydzieliny znikły.

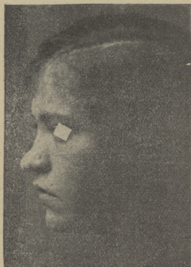


Fot. 5a.



Fot. 5b.

Nr. 6. Lues hereditaria. Ozaena luetica. Skrócenie nosa i zniesienie wystających części czubka nosa. Usunięcie wklęśnięcia górnych ⅔ nosa przez przeszczepienie kości, jak w Nr. 5. Zapach i gęsta wydzielina z nosa znikły dzięki wszczepieniu kości metodą *Eckert-Möbiusa*.



Fot. 6a.



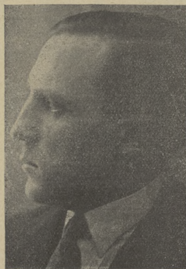
Fot. 6b.

IV. Nr. 7. Nos wykrzywiony w rozmaitych kierunkach i rozmaitych częściach.

Pochodzenie urazowe, w dzieciństwie. Koniec nosa wystaje zanadto ku przodowi, załamanie między częścią chrzęstną a kostną, rozmaite zgrubienia w okolicy nadnozdrzowej. Spłaszczenie kostnej części nosa. Wgłębienia na bocznych częściach nosa.



Fot. 7a.



Fot. 7b.

Rzadki objaw w cukrzycy

Podał:

DR. SZYMAŃSKI (Suwałki).

Do rzadkich objawów u djabetyków należą krwotoki: z nosa, gardła i innych organów. O objawach tych mało się słyszy a wcale o nich nie wspominają nawet dość obszerne podręczniki specjalnej patologji. A przecież zdarza się, że dopiero uporczywe krwawienie naprowadza lekarza na wykrycie cukrzycy u pacjenta. Taki właśnie ciekawy przypadek i my możemy tu przytoczyć. Otóż chory, do którego zostałem wezwany ma lat 70, wygląd ma świeży, zdrowy, znam go już od dłuższego czasu, cierpi na rozedmę płuc. Teraz uskarża się na parcie na mocz, ale zamiast moczu odchodzi krew. I rzeczywiście co 15 — 20 min. oddaje bardzo krwawy mocz i przytem odczuwa nieznaczne pieczenie w członku. Badanie podmiotowe nic szczególnego w organach resp. drogach moczowych nie wykazało. Zaordynowałem odpowiednie środki przeciwko haematurji, a po makroskopowym zniknięciu krwi z moczu poleciłem przeprowadzić dokładne badanie moczu, które też, oprócz pojedyńczych krwinek, żadnych patologicznych elementów z dróg moczowych nie wykazało, natomiast wykryto 0,2% cukru gronowego. Dodać należy, że parcie krwi pg. Riva-Rocci wynosiło 145 mm. Hg., Serce bez znaczniejszych zmian. Niewątpliwie, że i w tym przypadku hyperglikemja odegrała główną rolę przy powstawaniu krwawienia (z pęcherza lub wyższych odcinków). Notowane są w literaturze przypadki rozmaitych krwawień u djabetyków z miażdżycą i wysokim ciśnieniem krwi, u których za pomocą insuliny udało się obniżyć hyperglikemję i zmniejszyć krwawienie, ciekawe jest, że na ciśnienie krwi insulina żadnego wpływu nie wywierała. Zdarzały się również przypadki krwawień u djabetyków z hypotenzją. I tu udawało się opanować krwawienia z pomocą insuliny, a ciśnienie krwi pozostawało bez zmian. Takie obserwacje prowadzą do wniosku, że pod wpływem hyperglikemji czas krzepnięcia krwi wydłuża się, co się też daje udowodnić doświadczalnie in vitro. Niewątpliwą rzeczą jednakowoż jest, że nie tylko hyperglikemja jako taka stanowi przyczynę rozmaitych krwawień u djabetyków, lecz w grę tu napewno wchodzi i dysfunkcja trzustki.

O dawkowanie heroiny

Podał:

Dr. A. SIANOWSKI (Król.-Huta).

Przy przeglądaniu spisu wstrzykiwań podskórnych, wyrabianych przez różne laboratorja farmaceutyczne polskie, zwróciła uwagę moją nadzwyczaj wysoka dawka Heroinum hydrochloricum, która wynosi w ampułkach w I c. ctm. — 0,01 gr. aż do 0,02 gr., podczas gdy farmakopea niemiecka np. ustaliła dawkę na 0,003, najwyższą na 0,005 gr., przy maksymalnej dziennej dawce 0,015. Dziwiło mnie, że dotychczas nikt z internistów nie zabrał głosu w tej sprawie, stąd wnioskowałem, że preparat ten nie jest u nas widocznie stosowany, boć przecie inaczej tak wysoka dawka musiała niewątpliwie w którymś z przypadków wywołać objawy zatrucia. Pocieszałem się, że prawdopodobnie w ampułkach jest Heroiny mniej, niż podano na etykiecie. Ale wiedząc o tem, że preparat ten jest kilkakrotnie silniejszym środkiem od morfiny, przytem prędko działającym, i przyzwyczajenie się do niego jest szybsze i groźniejsze niż do morfiny, zwróciłem się celem wyświetlenia wysokości dawki do jednego z naszych laboratorjów z prośbą o wyjaśnienie, czy czasem nie popełniono błędu, ustalając tak ogromnie wysoką dawkę heroiny. Ku mojemu zdziwieniu odpowiedziano mi, że to ja właśnie jestem tym, który jest w błędzie, bo dawka m i n i m a l n a heroiny jest 0,01 gr.

Natenczas zainterpelowałem instytut farmakologiczny uniwersytetu w Wiedniu, skąd doc. dr. A. Mayrhofer nadesłał mi nader wyczerpującą odpowiedź, którą tu przytaczam:

„W farmakopei austrjackiej (tom 8-y) m a k s y m a l n a dawka dla Morphium diacetylicum była ustalona na 0,01 gr., przy zużyciu 0,05 gr. na dzień. Farmakopea ta atoli z r. 1906 dotyczyła oficjalnego preparatu Morphium diacetylicum (Heroin). W krótkim czasie przekonano się, że środek ten jest nadzwyczaj trujący i w nowych podręcznikach już uwzględniono ten szczegół, tembardziej, że do skarbca środków lekarskich przyjęto nie heroinę, jako taką, a Diacetylmorphium hydrochloricum, czyli Heroinum hydrochloricum, dla którego to środka farmakopea niemiecka ustaliła już dość dawną maksymalną dawkę 0,005 gr. przy dziennej dawce 0,015 gr. Na zasadzie wagi molekularnej, obecnie w Austrji obowiązuje maksymalna dawka dla oficjalnego Morphium diacetylicum 0.0039 gr., czyli na dzień — 0,0017 gr".

Jednem słowem, widocznie nie wszystkie nasze laboratorja farmaceutyczne są obznajmione z tym stanem rzeczy i dlatego należy bezwarunkowo wycofać ampułki z dawkami 0,01 — 0,02 gr., jako trujące i niebezpieczne (za wyjątkiem może dla zdeklarowanych morfinistów i heroinistów) i wprowadzić ostatecznie ustaloną dawkę 0,003 — 0,005 gr.


EXTRAITS FLUIDES COLONIAUX
BOCQUILLON LIMOUSIN
COMBRETINE
EXTRAIT FLUIDE
DE COMBRETUM R.
LABORATOIRE C. BROCHON
12 Rue de Nice, PARIS

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Niedokrwistość w zapaleniu nerek. (L'anémie Brightique). E. T a r e j e w.

Arch. des Mal. du Coeur, Nr. 10. r. 1931.

Początkowo we Francji a następnie i w innych krajach zwrócono uwagę na niedokrwistość, występującą w przebiegu chorób nerek. Autor zbadał około 100 przypadków rozmaitych chorób nerkowych i przyłącza się do zdania poprzednich autorów, stwierdzając częstość występowania niedokrwistości w chorobie Bright'a. Autor stwierdził też, że niedokrwistość, która występuje w zapaleniu nerek z azotemją, nie polega na rozcienczeniu krwi, lecz na istotnem zmniejszeniu się liczby krwinek i hemoglobiny. Wobec powyższego faktu należało rozwiązać zagadnienie, czy przyczyna niedokrwistości jest jakiś czynnik hemolityczny, czy też chodzi o niedomogę wytwórczą szpiku kostnego, przyczem rozpad krwinek przebiega w sposób prawidłowy.

Dla rozwiązania powyższego pytania autor dokonał całego szeregu badań, a mianowicie oznaczał: 1). hemoglobinurję i hemoglobinemję, 2). zawartość bilirubiny we krwi, 3). zawartość bilirubiny w żółci i sterkobilinę w kale, 4). hemosiderozę narządów, 5). obecność ciałek jądrzastych i retikulocytów w rozmazie krwi, 6). wymianę gazową krwinek, 7). osmotyczną odporność krwinek, 8). zawartość hemoglobiny w krwinkach, 9) anizocytozę krwinek i 10). powiększenie się śledziony. Obok powyższych badań autor przeprowadzał dokładne badania, dotyczące samego schorzenia nerek.

W wyniku tych badań autor dochodzi do wniosku, że w zapaleniach nerek istnieje prawdziwa niedokrwistość, która nie jest wywołana rozcienczeniem krwi; następnie, że przyczyną tej niedokrwistości jest niedomoga wytwórczości szpiku kostnego, która prawdopodobnie zależy od zatrucia ze strony przewodu pokarmowego, jakby na to wskazywały badania chemiczne osocza krwi.

Nadto autor stwierdził, że bardzo często w przebiegu mocznicy spotyka się leukocytozę, która u dzieci może dochodzić do 42,100 ciałek białych. Obraz białych ciałek krwi wykazuje często limfocytozę, bywa jednak także i leukocytoza obojętnochłonna, przyczem komórki eozynochłonne nie znikają z krwi.

Badania nad mechanizmem opadania krwinek. (Recherches sur le mécanisme de la sedimentation globulaire). C h. A c h a r d, A. C o d o u n i s i E. H a d j i g e o r g e s.

Arch. des Mal. du Coeur, Nr. 11. r. 1931.

Wobec coraz większego znaczenia, jakiego nabiera oznaczanie opadania krwinek, czyli objaw Biernackiego, i to zarówno dla rozpoznania jak i rokowania wielu chorób wewnętrznych, autorowie dokonali szeregu badań dla wyjaśneinia mechanizmu powstawania powyższego objawu.

W tym celu autorowie zbadali u 30-tu chorych i zdrowych bliższe cechy opadania krwinek a nadto oznaczali liczbę krwinek, (w 1 mm^3) ich zawartość w hemoglobinę, liczbę ciałek białych, ciśnienie osmotyczne białek surowicy, wzajemny stosunek albumin i globulin w surowicy, wpływ fibrynogenu, zawartość surowicy w ciała tłuszczowate, ilość chloru w osoczu oraz ilość azotu całkowitego, niebiałkowego, wreszcie zasób zasad w osoczu.

Z powyższych badań wynika, że na opadanie krwinek czerwonych wywierają wpływ rozmaite warunki. I tak opadanie krwinek zależy od stosunku globulin do albumin, od liczby krwinek czerwonych i od zawartości ich w hemoglobinę, od ilości azotowych ciał niebiałkowych i od zaburzeń w równowadze kwasowo-zasadowej. Natomiast opadanie krwinek nie zależy od ciał tłuszczowatych ani też prawdopodobnie od ilości chloru w osoczu krwi.

Mechanizm opadania krwinek wydaje się bardzo powikłany i zależny od rozmaitych czynników, między innymi od napięcia powierzchniowego i od ładunku elektrycznego, na co wskazywał *Vlès*.

Nie mniej należy stwierdzić, że zarówno opadanie krwinek, jak i stosunek ciał białkowych w surowicy, wykazują pewną równoległość i zależność od rozmaitych stanów chorobowych. Dla tego też oba badania mogą służyć do pewnego stopnia, jako wskaźniki rozwoju choroby a zarazem mogą być podstawą w rokowaniu i leczeniu rozmaitych cierpień

Szpitalna epidemja wietrznej ospy i zony. (Sur une épidemie hospitaliére de varicelle liée au zona). J. B r a s l a w s k i.

Presse Méd. Nr. 91. r. 1931.

Autor podaje, że na oddziale szkarlatyny w sowieckim szpitalu w Kijowie znajdowała się ośmioletnia dziewczynka, jako rekonwalescentka po szkarlatynie. U tej dziewczynki pojawiła się zona na wysokości 4 i 5 kręgu piersiowego i przebiegała po stronie prawej ku przodowi. Jeden z gruczołów chłonnych pachy był wyraźnie powiększony. Dalszy przebieg choroby zupełnie prawidłowy. Z wywiadów należy podnieść, że ta dziewczynka przed dwoma laty przebyła ospę wietrzną. Autor przypomina, że istnieje zapatrywanie, które łączy etjologicznie oba te cierpienia t. j. ospę wietrzną i zonę. Według tego zapatrywania dzieci, które nie przechodziły ospy wietrznej i są na nią wrażliwe, zapadają na tą chorobą z chwilą zetknięcia się z

chorym na zonę. Autor postanowił przekonać się o powyższym fakcie i umieścił siedmioro dzieci, które dotychczas nie przechodziły ospy wietrznej, na łóżkach sąsiadujących z dziewczynką chorą na zonę. Czworo innych dzieci autor umieścił w tej samej sali, ale po przeciwnej stronie. W następnych dniach siedmiorga dzieci, które sąsiadowały z chorą na zonę, zachorowały na ospę wietrzną. Okres wylęgania wynosił od 16-tu do 18-tu dni. Ten okres inkubacji odpowiada zarówno dotychczasowym obserwacjom, odnoszącym się do związku między zoną a wietrzną ospą, jak i najczęstszemu okresowi wylęgania ospy wietrznej, (najczęściej od 14-tego do 17-tego dnia).

Należy podkreślić, że w szpitalu autora przez ostatnie trzy miesiące nie spostrzegano ani jednego przypadku wietrznej ospy, następnie że szpital ten, jako zakaźny, nie posiada żadnej styczności z zewnętrznym światem. Wreszcie, że dzieci, które zapadły na ospę wietrzną wskutek zetknięcia się z chorobą na zonę, przebywały w szpitalu od 30 do 79 dni ze względu na przebytą płonicę oraz pewne powikłania. Z powyższych danych zatem należy wnosić, że te dzieci nie mogły zarazić się wietrzną ospą w szpitalu inaczej, jak tylko od chorej na zonę i że one same nie znajdowały się w okresie wylęgania ospy wietrznej, wstępując do szpitala.

W tym samym czasie inna dziewczynka, pięcioletnia, zachorowała również na zonę, która przebiegała od 1 i 2 kręgu lędźwiowego ku przodowi. Ta dziewczynka leżała na oddziele płonicy powikłanej błonicą, który to oddział znajduje się w pewnej odległości od oddziału, w którym się zdarzył pierwszy przypadek. Wobec ścisłego odosobnienia obu tych oddziałów, mimo skrupulatnych dochodzeń autorowi nie udało się wykazać zależności między tymi obu przypadkami zony. Natomiast autor przeprowadził dalej swe doświadczenie, które polegało na tem, że przeniósł dzieci, które nie uległy zakażeniu ospą wietrzną, mimo zetknięcia się z chorą dziewczynką na zonę z płonicznego oddziału (może dla tego, że dzieci te były umieszczone nie obok, ale naprzeciw chorej na zonę) — na oddział błoniczo-płoniczy obok drugiej dziewczynki, która niezależnie zachorowała na zone. Dwoje z tych dzieci zapadło na ospę wietrzną a okres wylęgania wskazywałby na to, że uległy one zakażeniu wskutek zetknięcia się z drugą dziewczynką chorą na zone.

W rezultacie tych doświadczeń powstała w powyższym szpitalu kijowskim epidemja ospy wietrznej, która trwała blisko trzy miesiące i dotknęła 34 dzieci.

Powyższe doświadczenia dowodzą, że zona jest cierpieniem zakaźnem, że zarazek zona lub pewnych ich postaci jest analogiczny z zarazkiem ospy wietrznej a, tem samem, doświadczenie to potwierdza zapatrywania Bockay'a i innych. Wreszcie autor zwraca uwagę, że niektóre epidemje wietrznej ospy, jakie pojawiają się w szpitalach lub w przytułkach, czerpią swój początek niezawsze z zewnątrz, lecz być może są dalszym ciągem zony, o której wiadomo, że, zwłaszcza u dzieci, może przebiegać z małemi skargami, prawie niespostrzeżenie.

Zawartość mocznika i chloru we krwi u ludzi chorych na cukrzycę. (Urée sanguine et chlorémie chez les diabétiques). F. Rathery, J. Sigwald i M. Dérot.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 29. r. 1931.

Dotychczas nie badano systematycznie zawartości chloru we krwi u chorych na cukrzycę. *Blum* pierwszy zwrócił uwagę na to, że chorzy na cukrzycę z silnem zakwaszeniem tracą dużo chloru. Ci chorzy, po usunięciu śpiączki przy pomocy insuliny, i będący na djecie pozbawionej soli, wykazują stałe powiększanie się ilości mocznika we krwi; równocześnie pojawia się i białkomocz. Po podaniu soli tym chorym, znika zarówno białkomocz, jak i poziom mocznika we krwi wraca do stanu prawidłowego.

Autorowie w swoich badaniach oznaczali chlor w osoczu, jak i w krwinkach. Badaniom podlegali chorzy na cukrzycę, zarówno w lekkiej postaci, jak i w postaci ciężkiej, chorzy bez zakwaszenia ustroju oraz z zakwaszeniem, w okresie śpiączki cukrzycowej i bez niej. Badano też chorych przed leczeniem zapomocą insuliny, jak i po przeprowadzeniu tego leczenia.

Z badań tych wynika, że u chorych na cukrzycę powiększenie się ilości mocznika we krwi nie pojawia się zbyt często, o ile niema współistnienia cukrzycy z przewlekłem zapaleniem nerek. Zawartość chloru w osoczu jest często poniżej stanu prawidłowego, natomiast zawartość chloru w krwinkach znajduje się często ponad normą. Oba te objawy nie mają jednak żadnego znaczenia dla rokowania, gdyż spotyka się je zarówno u lekko chorych, jak i u ciężko chorych. Nawet śpiączka cukrzycowa, i to śmiertelna, może przebiegać bez wyraźnych zmian w zawartości i rozmieszczeniu chloru we krwi. Nie udało się też wykazać stałego związku z wahaniami mocznika we krwi z jednej strony a zawartością i rozmieszczeniem chloru z drugiej strony.

Zmiany w wydzielaniu żołądka i równowaga białkowo - lipoidowa surowicy krwi w czasie leczenia zapomocą wstrzykiwań pepsyny chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy. (Les modifications de la chlorhydrie gastrique et de l'équilibre protido-lipidique de sérum sanguin au cours du traitement des ulcéres gastro-duodénaux et de la dyspepsie hypérsthénique par les injections de pepsine). Débray, Codounis, Antoniou i Hatzigeorges.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1931.

Autorowie zbadali wydzielanie żołądka oraz oznaczali ilościowo albuminy i globuliny, jak też ciała tłuszczowate i cholesterynę w surowicy krwi u 25-ciu chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy oraz u 9-ciu chorych, dotkniętych dyspepsia hypersthenica, bez objawów klinicznych i radjologicznych wrzodu. Badania przeprowadzano przed leczeniem, oraz po przeprowadzeniu leczenia, które polegało na domięśniowych wstrzykiwaniach pepsyny trzy razy na tydzień. Leczenie przeprowadzano seryjnie, przyczem pierwsza serja składała się z 15-tu wstrzykiwań. O ile chorzy pozostawali dłużej w obserwacji, wówczas przeprowadzano drugą serję wstrzykiwań, składającą się z 12-tu lub 15-tu dawek pepsyny, przyczem wstrzy-

kiwania dokonywano dwa razy na tydzień. Po drugiej serji powtarzano znowu badania.

W streszczeniu wyniki badań autorów przedstawiają się następująco:

W większości przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy leczenie zapomocą pepsyny sprowadziło zmniejszenie się zawartości kwasu solnego w treści żołądkowej. To obniżenie się kwasowości treści żołądkowej pojawia się po dwóch lub trzech tygodniach, po zmniejszeniu lub ustąpieniu bólów. Stosunek ciał białkowych w surowicy krwi chorych na wrzody nie ulega zmianie. W czasie leczenia jednak, być może pod wpływem lepszego odżywiania się chorych, pojawia się zwiększenie zawartości białka w surowicy, co zależy przedewszystkiem od zwiększenia się globulin, których ilość może wzrosnąć dwukrotnie w porównaniu z ich zawartością przed leczeniem. Powyższa zmiana jest jednak przejściowej natury i w 4 do 6 tygodni ustępuje, mimo dalszego leczenia zapomocą pepsyny. Leczenie zapomocą pepsyny nie wywołuje żadnych zmian w wydzielaniu żołądka ani w stosunkach białka surowicy u ludzi zdrowych lub też u chorych, dotkniętych dyspepsia hypersthenica, bez wrzodu.

Zachowanie się równowagi ciał lipoidowych w surowicy krwi i ewentualne ich wahania pod wpływem leczenia zapomocą pepsyny nie pozwalają na wyprowadzenie żadnych wniosków.

Badania kliniczne nad wagotoniną u chorych na cukrzycę. (Essais cliniques de la vagotonine de Santenoise chez les diabetiques). F. R a t h e r y i M. D e r o t.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26. r. 1931.

Autorowie stosowali u chorych na cukrzycę wyniszczającą nowy hormon, wyodrębniony przez *Santenoise'a* pod nazwą wagotoniny.

W doświadczeniu hormon ten, wyodrębniony z trzustki, wykazuje działanie odmienne od insuliny. Wagotonina ma wywierać wybiórczy wpływ na nerw błędny i tą drogą wpływać na tworzenie się glykogenu w wątrobie oraz na przemianę węglowodanów w ustroju.

Według *Santenoise'a* wagotonina ma obniżać poziom cukru we krwi na czas dłuższy niż insulina. Następnie ma działać odmiennie niż insulina, wreszcie ma zmieniać odruch oczno-sercowy.

Autorowie stosowali powyższy lek, przesłany im w ampułkach przez *Santenoise'a*. Ampułka zawiera w 1 ccm 10 jednostek insuliny i 2 mlgr. watagoniny. Dotychczas nie udało się całkowicie wyodrębnić watogoniny.

Autorowie w swoich badaniach podawali chorym preparat, dostarczony przez *Santenoise'a*, naprzemian z insuliną w rozmaitych dawkach i w różnym porządku. W czasie tych badań oznaczono zawartość cukru w moczu, zawartość acetonu i kwasu betaoksymasłowego w moczu, poziom cukru we krwi (wszystkie badania ilościowo) oraz badano odruch oczno-sercowy.

Autorowie dochodzą do wniosku, że preparat dostarczony przez *Santenoise*, nie dał w powyższych badaniach na ludziach takich wyników, jakie otrzymano w doświadczeniach na zwierzęciu. Preparat ten wywiera niewątpliwy wpływ na zachowanie się odruchu oczno-sercowego, natomiast nie zmienia ani poziomu cukru we krwi ani natężenia cukromoczu oraz wydzielania ciał ketonowych. Być może, że stosowanie wagotoniny w stanie bardziej oczyszczonym da lepsze wyniki. Należy podkreślić, że w niektórych przypadkach omawiany preparat dawał podobne wyniki, jak sama insulina, jakkolwiek dawka insuliny w tym preparacie była niższa od dawki insuliny, stosowanej osobno. W obecnej chwili wagotonina *Santenoise'a* nie przedstawia dla celów praktycznych większej wartości, niż insulina. Stosowanie wagotoniny przedstawia też pewne niebezpieczeństwo, które nie zależy jednak od hypoglykemji.

CHOROBY DZIECIECE.

Nagły obrzęk płuc w przebiegu odry (oedème aigu du poumon au cours de la rougeole). P. N o b é c o u r t et J e a n L e r e b o u l l e t.

Archives de Méd. des enfants. Nr. 8. 1931.

Wśród powikłań płucnych, które pogarszają rokowanie w przebiegu odry, pierwsze miejsce zajmuje odoskrzelowe zapalenie płuc. Mniej znanem jest inne powikłanie, a mianowicie obrzęk płuc, który zdarza się rzadziej lecz zwykle bywa nieodróżniany od zapalenia płuc. Odróżnienie to jest ważne ze względów także praktycznych, gdyż odpowiednie leczenie w obrzęku dość szybko może dać wyniki pomyślne, czego mniej spodziewamy się w poodrowem zapaleniu płuc.

Objawy obrzęku płuc występują zwykle na szczycie okresu wysypkowego odry, zawsze nagle i nieoczekiwanie i to stanowi główną cechę rozpoznawczo-różniczkową. Zjawia się wybitna duszność cechująca się znacznem przyśpieszeniem oddechu, poruszaniem skrzydeł nosa, wciąganiem w dołkach nadobojczykowych i jarzmowym, sinicą na twarzy i kończynach. Kończyny są zimne, dziecko niespokojne; kaszlu i wykrztuszania może prawie nie być. Tętno przyśpieszone do 140 — 160 na minutę, czasami nieregularne. Ciepłota daje skok powyżej przeciętnej dotychczasowego przebiegu. Przy badaniu płuc stwierdza się: odgłos wypukowy nadmiernie jawny (rozedma), osłabienie szmerów oddechowych i przedewszystkiem rozsiane drobne rzężenia trzeszczące (subcrepitatio) w obu płucach szybko posuwające się od dołu ku górze. Wysłuchiwanie serca stwierdza prócz przyśpieszenia rytmu, osłabienie tonów i czasami niemiarowość. Stan ten szybko może doprowadzić do wyczerpania układu krążenia i zejścia śmiertelnego.

Jeżeli natychmiastowe leczenie przezwycięży pierwsze alarmujące objawy obrzęku, pozostaje jeszcze dalsza możliwość wystąpienia istotnych zmian zapalnych w płucach.

Jednak dość często pod wpływem leczenia powikłanie to idzie w kierunku wyzdrowienia, które następuje stopniowo w ciągu kilku dni.

Z opisu objawów wynika, że rozpoznanie nie jest trudne o ile lekarz jest obecny na początku nagłego wystąpienia duszności w przebiegu odry. Później odróżnienie obrzęku płuc od bronchiolitis suffocativa może nastręczać trudności.

Różniczkowo, za bronchiolitis przemawiają: wiek — przeważnie niemowlęcy, — mniej nagły początek, objawy osłuchowe (prócz drobnych rzężeń o zmiennem umiejscowieniu, rzężenia średnic-

bańkowe, świsty i furczenia rozsiane wszędzie) i wreszcie brak wyraźnej poprawy po leczeniu.

Różniczkowanie utrudnia istnienie stanów przejściowych, mieszanych, w których czynnik zapalny dołącza się do obrzęku, lub obrzęk bierze górę w przebiegu nieżytu oskrzelikowego.

Etjologicznie, zjawianie się obrzęku na początku okresu wysypkowego odry, brak jakichkolwiek dodatkowych zakażeń, przemawiają za udziałem samego jadu odrowego w występowaniu tych stanów.

Obrzęki płuc w przebiegu odry zdarzają się szczególnie w sezonie schorzeń dróg oddechowych i przy skojarzeniu się epidemji odry i grypy.

Leczenie obejmuje trzy zasadnicze wskazania: odbarczenie płuc, podtrzymanie krążenia, ułatwienie wymiany gazowej w tkance płucnej. Wskazaniom tym odpowiada następujące postępowanie:

1) Przedewszystkiem znaczny upust krwi, najlepiej za pomocą nacięcia żyły (venaesectio); w razie niemożności wykonania tego zabiegu należy uciec się do licznych i powtórnych baniek ciętych, gdyż upust krwi powinien być znaczny (100 — 150 gr.) Hydroterapja, w postaci kąpieli ciepłych i gorczycznych, zawijań wilgotnych całego ciała, powtarzanych kilka razy dziennie wzmaga działanie odbarczające upustu krwi.

2) Wśród środków nasercowych, autorzy na pierwszem miejscu stawiają ouabaïnę w dawce od ⅛ — ¼ milligrama (dożylnie), lub w razie niemożności wykonania zabiegu u dziecka, podawanie digitaliny (1/1000), w dawce od II — V kropli 2 razy dziennie, w ciągu 5 dni; dalej sparteina i camphora podskórnie.

3) Duże znaczenie ma także stosowanie tlenu, najlepiej za pomocą aparatów tlenowych umożliwiających długotrwałe wdechanie dużych dawek.

Okres wylęgania w odrze. (La période d'incubation de la rougeole). P. Lereboullet et P. Baize.
Archives de Méd. des enfants. Nr. 8. 1931.

Według autorów klasycznych okres wylęgania w odrze przebiega bez żadnych objawów. W czasach nowszych niektórzy zwrócili uwagę na pewne zaburzenia, które można czasami spostrzegać w okresie od chwili zakażenia się odrą, do wystąpienia pierwszych charakterystycznych zwiastunów. Zaburzenia w okresie wylęgania mają polegać na lekkich stanach podgorączkowych, zmęczeniu, braku łaknienia, lekkim nieżycie nosa, suchym kaszlu, przejściowem zaczerwienieniu gardzieli, powiększeniu gruczołów chłonnych na szyi, spadaniu na wadze, leukocytozie wielojądrzastej we krwi.

W celu sprawdzenia tych danych, autorzy mając okazję klinicznej obserwacji dzieci od chwili kontaktu z odrą, aż do chwili wystąpienia pierwszych wyraźnych objawów, poddali dokładnym badaniom 29 dzieci.

Z licznych objawów okresu wylęgania wymienionych wyżej, autorzy wyodrębnili jako dość stałe (w 62%) i charakterystyczne dla odry — trzy objawy: gorączkę, utratę wagi i leukocytozę wielojądrzastą we krwi.

Okres wylęgania wynosił 9 — 11 dni do chwili wystąpienia pierwszych zwiastunów, 14 dni ściśle do chwili zjawiania się wysypki odrowej, jak i u autorów klasycznych.

Autorzy stwierdzili wzniesienia ciepłoty w 11 przypadkach (38%). Krzywa ciepłoty może wypaść trojako:

1) Ciepłota stale lekko podgorączkowa przez cały czas okresu wylęgania (do 37.5°).

2) Mogą wystąpić pojedyńcze, jednodniowe wzniesienia ciepłoty do 38.5° — 39.5° — czwartego — szóstego dnia okresu wylęgania.

3) Ciepłota przez cały czas okresu wylęgania nieregularna, zwalniająca, dochodząca do 38° — 38.5°.

Utratę wagi spostrzega się przeważnie u niemowląt, poczynając od 3 — 5 dnia okresu wylęgania. Utrata może dochodzić według *Meunière'a* do 60 grm. dziennie. Osobiście autorzy spostrzegali spadek wagi tylko w trzech przypadkach, tak że uważają oni objaw Meunière'a za niestały.

Natomiast badania krwi potwierdziły spostrzeżenia poprzednie. Na 12 badanych w tym kierunku przypadków w 7-miu była wyraźna leukocytoza wielojądrzasta (powyżej 12.000), w trzech — lekka (powyżej 9000).

W okresie zwiastunów leukocytoza ustępuje miejsce nagłej leukopenji (o ile niema powikłań).

Objawy okresu wylęgania wskazują, że natychmiast od chwili kontaktu z jadem odrowym rozpoczyna się walka i pewne przestrajanie się ustroju. Rozpoczyna się wytwarzanie przeciwciał, które w pewnym momencie wywołują rozpuszczanie drobnoustrojów (lysis), wyzwalają jady, i ustrój wtedy dopiero reaguje odczynem, który klinicznie nazywamy początkiem choroby.

Zapalenie opon i mózgu poodrowe. (La méningo-encéphalite après rougeole). L. Morquio.
Archives de Méd. des enfants. Nr. 5. 1931.

Autor, na podstawie danych z literatury i obserwacji 8 przypadków własnych, omawia rzadko występujące ale ważne praktycznie powikłania po odrze, przebiegające pod postacią zespołów oponowo-mózgowych. Zespoły te objawowo mogą przypominać:

1) Odmiany rdzeniowe i opuszkowe choroby Heine-Medin'a.

2) Encephalitis diffusa.

3) Encephalitis circumscripta z objawami porażenia połowicznego (hemiplegia).

4) Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Według własnych spostrzeżeń autora, powikłania nerwowe po odrze występują prawie zawsze przy końcu okresu wysypkowego. Objawy zazwyczaj występują nagle w postaci gorączki, bólów głowy, wymiotów i przedewszystkiem drgawek.

Drgawki mogą być uogólnione, przypominające padaczkę, ale trwające godzinami i dniami bez przerwy lub z przerwami, przy zamroczeniu świadomości i z następową śpiączką (coma). Innym razem drgawki są częściowe i dotyczą połowy ciała, poprzedzając wystąpienie porażenia połowicznego (hemiplegia).

Z objawów oponowych mogą być obecne: sztywność karku, objaw Kernig'a. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza odczyny globulinowe dodatnie i umiarkowaną limfocytozę.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań

NAJPEWNIEJSZE, a NAJŁAGODNIEJSZE DZIAŁANIE



przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy

DAWKOWANIE: *DOROŚLI*: 1,0 — 2,5 grm. „*pro die*"
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH (WIĘKSZYCH) 2,0 3,0 „*pro die*"

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).

Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogènine** á 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** á 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków.



Skład główny L. NASIEROWSKI Kaliska 9.
Tel. 9.24.39 i 9.30.42.

Mimo ciężki okres kliniczny, stany te w większości przypadków kończą się wyzdrowieniem, aczkolwiek nie są wykluczone pozostałości chorobowe w sferze nerwowo-ruchowej i umysłowej.

Różniczkowo należy przedewszystkiem wykluczyć odrowe schorzenie ucha środkowego, które zwłaszcza u dzieci może dawać objawy mózgowe, zwykle przejściowe zależne li tylko od obocznego przekrwienia i obrzęku wewnątrzczaszkowego.

Odróżnienie od częściej spotykanego po odrze gruźliczego zapalenia opon może nastręczać duże trudności i powinno opierać się na badaniu mikroskopowo-biologicznem płynu mózgowo-rdzeniowego, skórnych odczynach tuberkulinowych u dziecka, a wreszcie na przebiegu, którego pomyślne zakończenie wyklucza schorzenie gruźlicze opon. Te stany oponowe-mózgowe w związku z odrą mogą znaleźć tłomaczenie dwojakie: albo schorzenie dołącza się przypadkowo do odry i wywołane jest przez dodatkowe zakażenie banalne, — lub też jest wyrazem swoistego neurotropowego działania jodu odrowego występującego w pewnych nieznanych jeszcze okolicznościach pod postacią meningo-encephalitis postmorbillosa. Autor skłania się bardziej do tego ostatniego przypuszczenia.

Zapalenie płuc „nieme" u dzieci. (La pneumonie silencieuse de l'enfant). G. Mouriquand et J. Savoye.
Journal de Médecine de Lyon. Novembre 1931.

Zapalenie płuc płatowe u dzieci nie posiada tak jednolitej symptomatologji jako u dorosłych. U dzieci istnieje postać zapalenia płuc, którą można nazwać „niemą", i która cechuje się brakiem zwykłych objawów ogólnych, prócz tego badanie rentgenologiczne daje typowy cień w kształcie trójkąta, — lecz to są jedyne aczkolwiek zasadnicze objawy.

Do kategorji bezobjawowych zalicza autor te zapalenia płuc u dzieci, w których badanie fizykalne nie stwierdza ani wyraźnego stłumienia, ani oddechu oskrzelowego ani trzeszczeń, przy wyraźnych jednocześnie i typowych obrazach rentgenologicznych.

Zapalenia płuc bezobjawowe można podzielić na trzy grupy:

1) Zapalenia, przebiegające bezobjawowo przez cały okres ochoroby.

2) Zapalenia przebiegające bezobjawowo tylko w ciągu pierwszych dni choroby.

3) Zapalenia paradoksalne, przy których badanie kliniczne stwierdza objawy fizykalne po stronie przeciwnej, niż wskazuje obraz rentgenologiczny (istotna pneumonia-hepatisatio — po stronie cienia rentgenologicznego; splenisatio lub congestio po stronie przeciwnej).

Zapalenia płuc „nieme" są naogół rzadkością; autor w ciągu 5 lat zebrał tylko 15 przypadków. Typowe zapalenia płuc płatowe są jak wiadomo rzadsze u niemowląt, niż u dzieci starszych. Natomiast postacie „nieme" zdarzają się częściej wśród materjału niemowlęcego, z najczęstszem umiejscowieniem ich w szczycie po stronie prawej.

Zapalenia płuc płatowe „nieme" są to więc postacie spotykane przeważnie w prawym szczycie u niemowląt i dzieci drobnych.

Ogólne objawy są jak w pneumonji typowej: nagły początek, wysoka stała ciepłota, kaszel umiarkowany, suchy; oddech powierzchowny; czasami herpes labialis; czasami na pierwszy plan występują objawy nerwowe i oponowe.

Badanie fizykalne natomiast wypada ujemnie: brak istotnego stłumienia. brak oddechu oskrzelowego. Jeżeli badanie rentgenologiczne nie jest wykonane, — rozpoznanie pozostaje nie ustalone.

Ważną więc jest rzeczą ustalić czy niema jakichkolwiek objawów dyskretnych, które pozwoliły by uniknąć błędów. Autor sądzi, że w większości przypadków takie dyskretne objawy istnieją i pozwalają na przypuszczalne ustalenie rozpoznania. Do nich należą:

1) Lekkie ściśle ograniczone przytłumienie.

2) Osłabienie szmeru oddechowego.

3) Wzmożenie przewodnictwa krzyku dziecka.

Aby uchwycić drobne różnice opukowe, należy opukiwać w przerwach między krzykiem, starannie porównując dźwięk po jednej i po drugiej stronie. Należy opukiwać lekko i powierzchownie. Miejsce przytłumienia może być bardzo ograniczone. należy opukiwać nie tylko z tyłu, ale także pod obojczykiem i zwłaszcza pod pachą. U dzieci częste są bowiem ogniska przednio-pachowe.

Osłabienie szmeru oddechowego występuje wcześnie. Stwierdzenie tego jest trudne, gdyż osłabienie szmeru może zajmować także miejsce ograniczone, i może być zamaskowane oboczną rozedmą.

Najpewniejszym i najlepszym objawem, który występuje we wszystkich przypadkach jest wzmożenie przewodnictwa krzyku dziecka.

Po stronie chorej, krzyk jest dźwięczniejszy, wyraźniejszy i jakby bliższy ucha. Objaw ten stwierdza się łatwo, gdyż niemowlę prawie zawsze krzyczy w czasie badania.

U dzieci starszych, które nie krzyczą, należy osłuchiwać głośno wymawianą samogłoskę *i*. Nad płucem chorem dźwięk ten nie tylko słyszalny jest wyraźniej, lecz przekształca się w dźwięk *e* lub *a*, natomiast po stronie zdrowej dźwięczy wyraźnie jak *i*.

Według autora, zapalenia płuc „nieme", dają lepsze rokowanie niż zwykłe, co może jest zależne od częstego umiejscowienia ich w prawym szczycie; umiejscowienie to zwykle daje lepsze rokowanie w płatowych zapaleniach płuc *(Weil* i *Mouriquand)*. Rozpoznając więc pneumonję „niemą", tem samem stawiamy dobre rokowanie. Czas trwania choroby wynosi jak zwykle od 6 do 11 dni.

Insulina w leczeniu przewlekłych stanów wyniszczenia u niemowląt. (L'insuline dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson). P. Bertoye.
Pédiatrie, Nr. 7. 1931.

Stany wyniszczenia u niemowląt są bardzo częste i stanowią poważne źródło znacznej śmiertelności w tym wieku. Omawianie tych stanów utrudnia brak jednolitego mianownictwa i ścisłego ujęcia cech różniczkowych przez różne szkoły pedjatryczne.

Odżywianie odgrywa główną rolę w zapobieganiu i leczeniu stanów wyniszczenia u niemowląt. Sposoby odżywiania ustalone na podstawie długoletnich ścisłych badań fizjologicznych stanowią podstawę postępowania leczniczego, bez której niema mowy o skutecznem leczeniu wyniszczenia.

Lecz w przypadkach wybitnego wyniszczenia, sama djetetyka czasami nie wystarcza i musi być

wtedy wspomagana przez leczenie dodatkowe, aktywujące ustrój, jak wstrzykiwania rozczynów soli, surowicy, wyciągów tarczycowych, insuliny.

Autor w swej pracy omawia wyłącznie leczenie insuliną, którą stosował w licznych przypadkach wyniszczenia u niemowląt i która naogół dała mu doskonałe wyniki.

I. Technika.

1) *Konieczność dowozu węglowodanów.*

Insulina wywołuje obniżenie miana cukru we krwi: jest to podstawa jej skutecznego działania. Wstrzyknięcie insuliny niemowlęciu wyniszczonemu wywołuje u niego hypoglykemję występującą przeciętnie w 1½ godziny po podaniu insuliny. Nie można z góry przewidzieć stopnia tej hypoglykemji na podstawie dawki, gdyż odczyn ten waha się znacznie w zależności od czynników osobniczych. O ile poziom cukru we krwi obniży się poniżej 0.35 na litr osocza, wtedy mogą wystąpić niepożądane a nawet groźne objawy, które tylko natychmiastowe wprowadzenie do ustroju cukru może zwalczyć. Aby uniknąć wszelkich niespodzianek należy jednocześnie z podaniem insuliny zabezpieczyć niemowlęciu dostateczny dowóz węglowodanów.

W tym celu wstrzykiwano rozczyny glukozy podskórnie, dootrzewnowo lub dożylnie. Wstrzykiwania u niemowląt nie są pozbawione stron ujemnych. Dootrzewnowo i dożylnie można wstrzykiwać rozczyny hypertoniczne (10%; 30%), podskórnie — tylko izotoniczne (4.7 grm. na litr). Wstrzyknięcie dożylne u niemowlęcia napotyka na duże trudności techniczne; wstrzyknięcie dootrzewnowe jest łatwiejsze, lecz nie jest absolutnie pozbawione pewnego ryzyka. Wstrzykiwanie podskórne jest wprawdzie łatwe, lecz mimo rozczynów izotonicznych daje czasami u niemowląt wyniszczonych bolesne odczyny zapalne w tkance podskórnej.

Z tych względów autor nie stosuje wstrzykiwań. Należy je zachować tylko na wypadek zupełnej nietolerancji żołądkowej (uporczywe wymioty). Sposób najprostszy i zupełnie wystarczający jest podawanie rozczynów cukru zwykłego (lub glukozy) doustnie. Dawkę wynoszącą przeciętnie 15 gram. należy podać niemowlęciu na krótko przed wstrzyknięciem insuliny, aby glykemja pokarmowa przypadła na okres hypoglykemji insulinowej.

Wprowadzenie cukru ma na celu więcej, niż uniknięcie wszelkich zaburzeń; stanowi bowiem już samo część nieodłączną leczenia stanów wyniszczenia. Wiadomo oddawna, że powiększenie racji węglowodanowej (nawet bez insuliny) działa leczniczo w stanach wyniszczenia. W tym celu, autor dawkę doustną cukru (15 gram.) powtarza kilka razy dziennie przed karmieniem, nawet wtedy jeżeli nie towarzyszy temu wstrzyknięcie insuliny.

2) *Sposoby podawania insuliny i dawkowanie.*

Insulinę należy wstrzykiwać domięśniowo lub podskórnie. Doświadczenie autora nakazuje mu polecać dawkowanie następujące: jedna jednostka insuliny na każde kilo wagi niemowlęcia. Dawka ta nie ma w sobie nic absolutnego lecz przekraczać ją można tylko zachowując wielką ostrożność. Na początku leczenia, poleca nawet autor nie zastrzykiwać całej dawki obliczonej na kilo wagi, lecz mniej, aby przekonać się o wrażliwości. Wstrzykuje się raz dziennie całą dawkę, na początku codziennie, później co 2-gi dzień ogólnie 10 — 15 wstrzyknięć. Serję tych wstrzyknięć można powtarzać w ciągu 1 — 2 miesięcy.

Ewent. lekkie objawy hypoglykemiczne cechują się bladością i pewnym niepokojem dziecka w godzinę — dwie po wstrzyknięciu insuliny. W postaciach ciężkich występuje wybitna bladość, pocenie się, drżenie mięśniowe, czasami drgawki i wreszcie śpiączka (coma). Zwalczyć objawy hypoglykemiczne można podając natychmiast cukier doustnie lub podskórnie. Stosując jednakże technikę ostrożnego stopniowego dawkowania w połączeniu z węglowodanami unika się wszelkich zaburzeń. Nie należy podawać insuliny w czasie gorączki, gdyż wtedy gospodarka węglowodanowa ustroju może ulegać odchyleniom od normy. *Salvioli* wykazał, że wprowadzenie insuliny do odbytu może (do pewnego stopnia) zastąpić wstrzykiwania, gdyż stwierdzano wtedy obniżanie się miana cukru we krwi. U dzieci w 2-m — 3-m roku życia podaje się w ten sposób w lawatywce, raz dziennie — 10 jedn. insuliny + 25 gram. glukozy. Sposób ten ma dawać dobre wyniki przy uporczywem braku łaknienia i lekkich stopniach wyniszczenia. *Salvioli* sądzi, że sposób ten nadaje się także w przypadkach t. zw. wymiotów acetonemicznych u dzieci i w t. zw. „zatruciach pokarmowych" u niemowląt.

II. Wskazania do stosowania insuliny i wyniki.

Stany przewlekłego wyniszczenia u niemowląt nie dają jednolitego obrazu klinicznego. Aby uniknąć nieporozumień co do wskazań i wyników przy stosowaniu insuliny, — autor omawia różne cechy stanów wyniszczenia. Charłactwem nazywa autor wyniszczenie spowodowane stałem działaniem na ustrój czynnika chorobowego wywołującego zaburzenia w gospodarce odżywiania (naprz. gruźlica). Stany te kończą się niepomyślnie wskutek niemożności usunięcia zasadniczej przyczyny i w tych wypadkach leczenie fizjologiczne nie może liczyć na powodzenie.

Drugą grupę stanów wyniszczenia u niemowląt stanowi t. zw. atrepsja i hypotrepsja. Pierwszy stan jest krańcowem nasileniem drugiego. Ogólną cechą obu stanów jest występowanie u niemowląt w pierwszych miesiącach życia, gdy ważne narządy nie posiadają jeszcze stałej równowagi czynnościowej, a muszą podołać wzmożonym zapotrzebowaniom szybko rozrastających się tkanek.

Atrepsja jest więc wyrazem najwyższego stanu przewlekłego wyniszczenia niemowlęcia. Klinicznie cechuje się zniknięciem ostatnich rezerw tłuszczowych ustroju (na twarzy); stąd charakterystyczny starczy lub małpi wygląd twarzy niemowlęcia. Stan ten różni się biologicznie od zwykłego niedożywienia tem, że ubytek wagowy przekracza 36% *(Chossat, Mouriquand);* ulega nagłemu obniżeniu przemiana podstawowa (metabolismus basalis); wreszcie cechuje go t. zw. „odczyn paradoksalny" *Finkelstein'a:* zwiększenie odżywiania nie powstrzymuje postępów wyniszczenia, a nawet go przyśpiesza.

W hypotrepsji, mimo zaniku tkanki tłuszczowej na tułowiu i kończynach, — twarz nie ma wyglądu starczego i pomarszczonego. Mimo znacznej utraty wagi, wzrost dziecka na długość odbywa sie dalej, kosztem własnych tkanek; ubytek wagi nie przekracza 36%; przemiana podstawowa jest normalna; „odczyn paradoksalny" nie występuje.

W klasyfikacji wyniszczenia, autor odróżnia jeszcze t. zw. hypotrofję, czyli zwykłe stany niedożywienia u niemowląt starszych (w drugiem półroczu). Niedożywiania te są częste, bardzo przewlekłe i zwykle trwają i w drugim roku życia. Etjologja: niedostateczne ilościowo lub niepełnowartościowe (jakościowo) odżywianie dziecka; lekkie lecz długotrwałe zaburzenia żołądkowo-jelitowe; dzieci nerwowe, artretyczne. Stany te utrzymują się długo po ustąpieniu czynników szkodliwych. Klinicznie, hypotrofja cechuje się niedostateczną wagą, przy zachowaniu sprężystości skóry i zachowaniu pewnej ilości podściółki tłuszczowej, tak że kształty dziecka nie są rażące i nie odbiegają zbyt od normy. Dziecko wygląda zbyt drobne i nieodpowiadające wiekowi. Dzieci te cierpią na uporczywy brak łaknienia i odżywiają się niedostatecznie. Ciepłota bywa hypotermiczna, lub okresowo podgorączkowa w związku z częstemi u tych dzieci nieżytami noso-gardzieli. Umysłowo dzieci te rozwinięte są normalnie w stosunku do swego wieku.

Jakie wyniki daje insulina? Jest rzeczą jasną, że w stanach atrepsji wyniki nie mogą być nadzwyczajne; przeważnie spostrzega się tylko przejściowe polepszenie.

W hypatrepsji wyniki są znacznie lepsze (50%) i stalsze. Notuje się poprawę stanu ogólnego, wznowienie przyrostu wagi, który zwykle utrzymuje się nawet po odstawieniu insuliny. Jednak wskazaniem par excellence dla insuliny są stany hypotrofji. Tutaj wyniki prawie we wszystkich przypadkach są doskonałe i trwałe.

Autor podkreśla, że o ile chcemy otrzymać istotną poprawę i ustąpienie wszelkich cech hypotrofji należy koniecznie prócz insuliny podawać należyte ilościowo i jakościowo odżywianie. W tych warunkach insulina jest cennym lekiem pomocniczym znacznie ułatwiającym powrót do normy.

III. Sposób działania insuliny.

Autor podkreśla, że działanie insuliny przekracza ramy zwykłego li tylko zadziałania na przemianę cukrową. Zwiększenie rezerwy glykogenowej wzmaga całokształt czynności wątroby. Insulina działa pobudzająco na wydzielanie soków nie stojących w związku z przemianą węglowodanową i stąd powiększenie kwasoty soku żołądkowego i in.; przyśpiesza czas opróżniania się żołądka.

Zatrzymanie wody po insulinie nie jest bezużytecznem gromadzeniem się wody w szparach tkankowych, lecz wiązanie wody odbywa się na poziomie samej komórki powiększając jej turgor. Wzrost wagi nie tylko odpowiada wiązaniu wody, lecz i gromadzeniu się rezerw tłuszczowych i azotowych. Słowem, ulega poprawie nie tylko przemiana węglowodanowa lecz pośrednio (a może i bezpośrednio) przemiana tłuszczowa i białkowa.

J. Waszniewski.

CHIRURGJA.

Sposoby wykrywania niedomogi wątroby w jej okresie początkowym, kiedy objawy kliniczne nie są jeszcze zbyt nasilone (Comment déceler une insuffisance hépatique légère ou moyenne). Laemmer.

La Presse Méd. Nr. 99, grudzień 1931.

Rozpoznanie niedomogi wątroby w pełnym jej rozwoju nie nastręcza zwykle żadnych trudności. Inaczej jest jednakże w przypadkach niedomogi początkowej, jakby ukrytej, w których jej objawy są tylko zaznaczone — tutaj łatwo jest przyjąć objawy niedomogi wątroby za cierpienia innych narządów (jak to ma miejsce np. w pewnych postaciach zaburzeń czynnościowo-wydzielniczych żołądka i jelit).

Na obraz kliniczny początkowej niedomogi wątroby składają się: objawy podmiotowe, objawy przedmiotowe ze strony narządów wewnętrznych i wyniki badań laboratoryjnych krwi i moczu.

Objawy podmiotowe. Należą tu: gorycz w ustach i uczucie znużenia przy przebudzeniu się rano, biegunki bezpośrednio po spożyciu pokarmów ewentualnie konieczność oddania stolca naogół sformowanego, nadmierna produkcja gazów w kiszkach, napady pokrzywki lub swędzenia skóry, migreny, bóle gośćcowe o typie nerwobólów (półczaszki, prawa połowa klatki klatki piersiowej i podżebrze prawe), bóle mięśniowe, zawroty głowy, łatwo występujące zmęczenie wzroku, stany przygnębienia i t. p.

Objawy przedmiotowe. Skóra miewa odcień lekko żółtawy, zwłaszcza na dłoniach i podeszwach, a w okolicy ust i na powiekach może zawierać nieco więcej pigmentu; widują się również często drobne naczyniaki w skórze policzków, skrzydełek nosa i okolicy wątroby. Spojówki oczu zwracają czasami uwagę otoczenia przez swoje zabarwienie nieco żółtawe. Zaznacza się skłonność do powstawania żylaków goleni i guzów krwawnicowych odbytu, a wskutek krwistości naczyń powstają względnie łatwo krwiaki podskórne i krwawienia dziąseł. W narządach wewnętrznych — poza nieznacznem zmniejszeniem częstości tętna, obniżeniem ciśnienia tętniczego maksymalnego, a podwyższeniem minimalnego, poza tkliwością uciskową okolicy splotu słonecznego i dróg żółciowych, zwiększeniem ilości powietrza w żołądku i jelitach i stanami spastycznemi zstępnicy — zmian wyraźnych się nie stwierdza. Ze strony układu nerwowego ośrodkowego widuje się osłabienie lub wzmożenie odruchów ścięgnowych i opóźnienie reagowania źrenic na światło (źrenice są stale lekko rozszerzone); ze strony układu nerwowego roślinnego stwierdza się zwykle wagotonję.

Badania laboratoryjne. Badania chemiczne krwi przeprowadza się w kierunku oznaczenia ilościowego bilirubiny, cholesteryny i mocznika, moczu zaś — w kierunku oznaczania barwików i soli żółciowych, urobiliny, cukru gronowego i mocznika.

Szczególnie charakterystycznemi dla wczesnych okresów niedomogi wątroby są: obecność barwików żółciowych i kwasów żółciowych w moczu, a zwiększenie zawartości bilirubiny i cholesteryny w surowicy krwi.

Wnioskowanie o sprawności wątroby na podstawie prób barwikowych jest bardzo niepewne, i dlatego autor nie radzi się opierać na nich przy rozpoznawaniu niedomogi wątroby.

Leczenie nabłoniaków skóry zaraźliwych (molluscum contagiosum) umiejscowionych na stopie (La verrue plantaire — avantages de son traitement par le radium). Degrais i Bellot.

La Presse Méd. Nr. 100, grudzień 1931.

Nabłoniaki skóry zaraźliwe, będąc naogół schorzeniem banalnem i łagodnem, w pewnych tyl-

ko umiejscowieniach zyskują na znaczeniu i wymagają wydatnego leczenia; należy tu ich umiejscowienie na stopie typowo — w okolicy główek kości śródstopia lub pięty to jest w miejscach, najwięcej narażonych na ucisk i odznaczających się zgrubieniami naskórka. W tych miejscach nabłoniaki mogą być źródłem bardzo przykrym i uporczywym dolegliwości, które czasami wydatnie nawet utrudniają chodzenie tego rodzaju chorym.

Obok przyczyny uspasabiającej, za jaką należy uważać długotrwałe drażnienie mechaniczne skóry np. przez ucisk niewłaściwego obuwia, istotną przyczyną cierpienia jest, zdaje się niewątpliwie zakażenie (bakteryjne, pasożytnicze).

Schorzenie przedstawia się w postaci okrągłej, ostro odgraniczonej wyniosłości brodawkowatej, o średnicy ca 1 — 1½ cm, posiadającej w środku wgłębienie i mały otworek, prowadzący do jamki, wypełnionej masami jakby serowatowemi i odgraniczonej od otoczenia grubą warstwą zrogowaciałego naskórka. Ze względu na duże dolegliwości, jakie sprowadza powyższe cierpienie, wymaga ono intensywnego leczenia. Leczenie chirurgiczne, polegające na rozległem i głębokiem wycięciu ogniska chorobowego w skórze, pomijając już znaczne czasami trudności techniczne, jak np. trudność w pokryciu skórą powstałego ubytku i konieczność przerwania przez chorego swej pracy na przeciąg paru tygodni, ma jeszcze tę wadę, że nie zabezpiecza bynajmniej przed nawrotem cierpienia.

Dlatego też zaczęto w ostatnich czasach stosować w przypadkach nabłoniaka zaraźliwego skóry naświetlania radowe — naogół z wynikiem bardzo pomyślnym. Preparat radowy zakłada się z wieczora i zdejmuje się rano następnego dnia, co umożliwia kontynuowanie przez chorego swej pracy zawodowej bez przerw. Po tem jednem naświetleniu bóle ustępują prawie natychmiast, a nabłoniak zaczyna się jakby odgraniczać od podłoża i wreszcie zostaje złuszczony i odpada, pozostawiając gładką skórę. Nawrotów się nie widuje.

Autorowie liczyli w ten sposób 87 chorych — z wynikiem jaknajlepszym, i uważają naświetlania radowe w przypadkach nabłoniaków zaraźliwych skóry (molluscum contagiosum) za metodę leczenia z wyboru.

Wskazania i przeciwskazania do zabiegów operacyjnych w przebiegu gruźlicy kręgosłupa u dzieci. (Indications des interventions sanglantes dans le mal de Pott de l'enfant). Richard i Calvet.

La Presse Méd. Nr. 101, grudzień 1931.

Leczenie operacyjne gruźlicy kręgosłupa ogranicza się w przeważającej większości przypadków do usztywnienia według Albee'ego. Inne zabiegi jak wycięcie sterczących nadmiernie ku tyłowi w miejscu garbu wyrostków kolczystych (w przypadkach, w których grozi obumarcie napiętej na nich skóry), wycięcie wyrostków poprzecznych kręgów, usuwanie martwiaków kostnych w celu przyśpieszenia gojenia się przetok — znajdują swoje wskazania stosunkowo rzadko.

W wieku dziecięcym gruźlica kręgosłupa przebiega naogół tak łagodnie, ustrój chorego wykazuje tutaj taką odporność, że do całkowitego wyleczenia wystarczają tu: zastosowanie leczenia ortopedycznego, naświetlania słońcem i pobyt w klimacie nadmorskim. Potrzeba uciekania się do operacji nie zachodzi prawie nigdy.

Autorowie jednakże są zdania, że i w wieku dziecięcym leczenie operacyjne gruźlicy kręgosłupa znajduje swoje wyraźne wskazania. Są to następujące trzy grupy przypadków.

I. Zbytnie przeciąganie się choroby. Przeciętnie, gruźlica kręgosłupa u dzieci, właściwie leczonych, ulega zupełnemu zagojeniu w ciągu 3—4 lat; sprawdzianem zagojenia jest tutaj zupełna sprawność czynnościowa chorego i stwierdzony rentgenologicznie mocny zrost kostny kręgu chorego z kręgami sąsiedniemi. W pewnej odsetce przypadków owe wyleczenie odwleka się znacznie powyżej tych 3—4 lat (do 10 lat i dłużej); względnie, stan chorego zamiast poprawiać się, pogarsza się, zniszczenie kręgów nasila się, zjawiają się nowe ropnie opadowe; wreszcie, proces gruźliczy, po zupełnie pozornem wygaśnięciu sprowadza po pewnym czasie nawrót cierpienia, i ten cykl przycichania choroby i pogarszania się powtarza się stale. We wszystkich tych przypadkach wskazane będzie zastosowanie operacji usztywniającej według Albee'go jako zabiegu, który znacznie przyśpieszy i utrwali wygojenie się ogniska chorobowego.

II. W y l e c z e n i e z p o z o s t a w i e n i e m z n a c z n e g o z n i e k s z t a ł c e n i a k r ę g o s ł u p a (dużego garbu). Operacja w tych przypadkach nie ma na celu wyrównania powyższego zniekształcenia, a jedynie jego u t r w a l e n i e, gdyż kręgosłup w miejscach znacznego wygięcia wykazuje dużą podatność i nawet już po zagojeniu się ogniska gruźliczego z czasem, pod wpływem chodzenia ulega dalszemu wygięciu, co prowadzi do daleko idącego zniekształcenia klatki piersiowej z następowemi zaburzeniami w krążeniu i oddychaniu. Usztywnienie operacyjne danej części kręgosłupa nie dopuści do następnego jego wyginania się. W powyższych przypadkach należy szczególnie pamiętać o tem, żeby nie wcześniej pozwolić choremu chodzić, jak w 6 miesięcy po operacji, i to w aparacie ortopedycznym.

III. P r z y p a d k i g r u ź l i c y k r ę g o s ł u p a u d z i e c i s t a r s z y c h (13 do 17 lat). Choroba przebiega tutaj najczęściej tak, jak u dorosłych, to znaczy, trudno poddaje się leczeniu wyłącznie ortopedyczno-klimatycznemu, i dlatego autorowie zalecają w tym wieku niezwlekanie zbytnie z wykonaniem operacji usztywniającej.

P r z e c i w s k a z a n i a d o o p e r a c j i A l b e e ' g o: zły stan ogólny (charłactwo, porażenie kończyn), owrzodzenia lub jakiekolwiek zmiany odżywcze skóry w zakresie przyszłego pola operacyjnego i obecność ropni opadowych względnie przetok, których nie udałoby się ominąć w czasie operacji. Obecność ropni i przetok w s ą s i e d z t w i e pola operacyjnego, jak również i wieloogniskowość procesu gruźliczego (staw biodrowy, kolanowy) nie są zasadniczemi przeciwskazaniami do operacji.

Przy uwzględnieniu powyższych przeciwskazań śmiertelność pooperacyjna jest bardzo niewielka. Autorowie na 63 przypadki nie mieli ani jednego zejścia śmiertelnego.

P e w n e w a ż n i e j s z e s z c z e g ó ł y w y k o n a n i a z a b i e g u. Z przeszczepem kostnym, uzyskanym z kości goleniowej, należy się obchodzić jak najdelikatniej (minimum urazu) — z tego też względu do jego oddzielenia lepiej jest użyć ręcznego dłuta i młotka, zamiast piły elektrycznej, która łatwo uszkadza i zatyka kanały Haversa; należy pamiętać o jaknajmniejszem obrażaniu okostnej na przeszczepie. W celu przygotowania łoża dla przeszczepu kostnego odnośne wyrostki kolczyste rozdwaja się w linji środkowej ostrem, cienkiem dłutem ręcznem. W czasie całego zabiegu operacyjnego obowiązuje ścisła aseptyka.

W okresie pooperacyjnym dziecko zaczyna chodzić nie wcześniej, niż po upływie 4—5 miesięcy od operacji (kontrola rentgenowska), a chodzi przez pierwsze 6 miesięcy w opatrunku gipsowym.

Eozynofilja krwi wogóle i w przebiegu niektórych nowotworów złośliwych. (De l'eosinophilie sanguine en général et en particulier au cours de quelques tumeurs malignes). C h i r a y i B a u d o u i n.
La Presse Méd. Nr. 99, grudzień 1931.

Liczba ciałek białych wielojądrzastych eozynochłonnych we krwi prawidłowej waha się od 1% do 3% całkowitej liczby białych ciałek krwi. U dzieci odsetka ta wynosi 6—8%. Stany krwi, cechujące się zwiększeniem powyższych liczb (powyżej 300 ciałek eozynochłonnych w milimetrze sześciennym), nazywamy eozynofilją, przyczem eozynofilji tej może towarzyszyć lub nie odpowiednie zwiększenie się liczby ciałek eozynochłonnych w ognisku chorobowem, w narządzie chorym (eozynofilja miejscowa).

Według *Widala* i *Faure-Baulieu*, eozynofilja krwi jest pochodzenia miejscowego — w ognisku chorobowem powstają w nadmiernej liczbie ciałka eozynochłonne, które następnie przechodzą do ogólnego krwioobiegu. Według innych, eozynofilja jest pochodzenia krwiotwórczego, ze szpiku kostnego *(Ehrlich)*.

Znanym jest ogólnie długi szereg chorób, którym towarzyszy eozynofilja krwi. Są to: schorzenia skórne (dermatitis bullosa Duhring, pemphigus, strophulus, eczema, herpes, psoriasis, lupus, mycoses, oparzenia), dychawica oskrzelowa (z dużą ilością ciałek eozynochłonnych w plwocinie) i inne schorzenia pochodzenia anafilaktycznego (pokrzywka, obrzęk Quinckiego, migrena), pasorzyty przewodu pokarmowego, bąblowiec żyjący (liczba ciałek eozynochłonnych we krwi może dojść do 50%), białaczka szpikowa, choroba Hodgkina, osteomalacja, niektóre zapalenia wysiękowe opłucnej (zawartość ciałek eozynochłonnych w wysięku może wynosić do 95%), niektóre przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego (epiploitis), choroba Adissona, pewne zatrucia zawodowe (siarkowodorem, arsenobenzolem, siarczanem miedzi) i, wreszcie, stany ozdrowienia po różnych chorobach zakaźnych jak róża, zimnica, zapalenie płuc, błonica, ostry gościec stawowy i inne.

Zawartość ciałek eozynochłonnych we krwi zależeć może również od czynności śledziony: nadczynność śledziony daje gwałtowny wzrost tej liczby, utrzymujący się nieraz latami.

Wreszcie są osobniki zdrowe, które wykazują eozynofilję „konstytucjonalną", rodzinną, dochodzącą czasami do 20%.

W przypadkach raka przewodu pokarmowego stwierdza się dosyć często zwiększenie liczby ogólnej białych ciałek we krwi, wzrastające w miarę uogólniania się raka w ustroju. Co się tyczy jednak eozynofilji, to nie zauważono tutaj dotychczas jakiejś wyraźnej zależności tejże od raka.

Dlatego też autorowie uważają za wskazane podać opis spostrzeganego przez siebie przypadku raka trzustki z przerzutami do wątroby, w którym eozynofilja krwi osiągnęła pod koniec choroby 80% (przy 28.000 wszystkich białych ciałek). Eozynofilja ta, począwszy od 19%, wzrastała stopniowo i stale, równolegle z rozwojem choroby zasadniczej, (bóle, wychudzenie, gorączka). Autorowie, pomimo skrupulatnych poszukiwań, nie znaleźli u odnośnego chorego ani jednego z tych schorzeń, które w sposób typowy wywołują eozynofilję. Eozynofilja w przypadku tym pozostaje niewytłumaczona.

Zestawienie odłamów w złamaniach goleni zapomocą wyciągu przy specjalnej aparaturze, umożliwiającej stałą kontrolę rentgenowską (La réduction des fractures de jambe par traction mécanique sous l'écran radiologique). D ' A u b i g n e.
La Presse Méd. Nr. 102, grudzień 1931.

W przeciwieństwie do złamań kostek goleni, złamań kości promieniowej względnie obu kości

przedramienia, w których wystarcza zazwyczaj zestawić odłamy pod ekranem rentgenowskim i nałożyć opatrunek gipsowy w sposób zwykły, bez obawy, że odłamy w międzyczasie przemieszczą się z powrotem — w złamaniach kości w zakresie trzonu postępowanie takie nie wystarcza. Tutaj odłamy mają zwykle zbyt dużą tendencję do przemieszczenia się (działanie silnych mięśni łydki) tak, że kontrola rentgenowska potrzebna jest nie tylko w czasie nastawiania odłamów, ale również w czasie nakładania gipsu, aż do chwili jego stwardnienia, przyczem przez cały ten czas kończyna musi być na silnym i równomiernym wyciągu (do 50 kg.) stale w linji osi kończyny. Wymaganiom tym odpowiada w zupełności przyrząd, skonstruowany przez autora, dający się zastosować na każdym stole z ekranem rentgenowskim, a składający się: z przeciwwyciągu (na okolicę pachwiny), z wyciągu śrubowego (2 paski na grzbiet stopy i okolicę powyżej pięty), a poza tem umożliwiający skręcanie odłamów i uniesienie całej kończyny ku górze bez przerywania wyciągania — dla nałożenia gipsu.

Przed zabiegiem autor wstrzykuje w celu znieczulenia do obu ognisk złamania po 10 cm³ 2% roztworu nowokainy, następnie umocowuje się kończynę w aparacie wyciągowym i zapomocą wyciągania i skręcania odłamów — stale pod kontrolą ekranu rentgenowskiego (w różnych płaszczyznach) — doprowadza się do możliwie dokładnego ich zestawienia, poczem, nie przerywając ani na chwilę wyciągu, unosi się kończynę w całości ku górze i nakłada opatrunek gipsowy (wdg. *Delbeta* z modyfikacją autora), wreszcie, kontroluje się jeszcze raz ustawienie odłamów pod ekranem w czasie twardnienia gipsu. W przypadkach złamań poprzecznych chory zaczyna chodzić (w opatrunku gipsowym) po 15 dniach, w przypadkach złamań skośnych — po 35 dniach. Opatrunek gipsowy pozostawia się na okres od 6 do 9 tygodni.

W przypadkach złamań otwartych, po wykonaniu w sposób typowy toalety rany i ewentualnem jej zaszyciu, postępuje się jak w złamaniach zamkniętych; jeśli jednak rana jest zbyt rozległa i uniemożliwia nałożenie odpowiedniego gipsu, lepiej jest zastosować trwały wyciąg gwoździowy.

Autor leczył w sposób wyżej opisany 52 przypadki złamania trzonu kości goleni i tylko w dwu — trzeba było następowo uciec się do zabiegu operacyjnego. We wszystkich pozostałych wynik anatomiczny i czynnościowy był bardzo dobry.

Przyśpieszenie pod wpływem złamania wzrostu kości udowej, z następowem jej wydłużeniem, w wieku dziecięcym. (L'accéleration de la croissance des fémurs fracturés chez l'enfant). M a r i q u e.

La Presse Méd. Nr. 103, grudzień 1931.

Zostało stwierdzone niejednokrotnie przez różnych autorów, że kości kończyn, które zostały złamane w wieku dziecięcym, wykazują w porównaniu ze stroną przeciwną po wygojeniu mniej lub więcej zaznaczone w y d ł u ż e n i e, zamiast występującego w tych razach u dorosłych skrócenia. Zjawisko to spostrzegano szczególnie często w odniesieniu do kości udowej. Jej wydłużenie na skutek zagojonego w swoim czasie złamania bez przemieszczenia wynosi przeciętnie 1 cm. W jednym przypadku *Tavernier'a* chory został wypisany ze szpitala po zagojeniu złamania kości udowej ze s k r ó c e n i e m o 2 cm; po dwu latach był badany przez lekarza, który stwierdził wówczas wydłużenie tej samej kończyny o 2 cm tak, że ostatecznyprzyrost długości złamanej kończyny w porównaniu ze zdrową w przeciągu dwu lat wyniósł 4 cm.

Owe wydłużenie kończyny po zagojanem złamaniu jest następstwem przyśpieszenia w z r o s t u kości odnośnej, co zależy bezpośrednio od podrażnienia i pewnej nadczynności chrząstki nasadowej, utrzymujących się przez czas dłuższy po zagojeniu złamania. Owa nadczynność chrząstki nasadowej nie zależy ani od umiejscowienia złamania i jego postaci, ani też od rodzaju zastosowanego leczenia (leczenie zachowawcze, szew kostny, pozostawienie w ognisku złamania blaszek i śrub metalowych).

W następstwie owego przyśpieszenia wzrostu przychodzi do skutku zmniejszenie pierwotnego skrócenia (złamania z przemieszczeniem), zupełne jego wyrównanie, lub wreszcie, wydłużenie kończyny, która była w swoim czasie złamana.

Guzy nowotworowe wyrostka robaczkowego (Tumeurs de l'appendice). P e t i t.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. Nr. 12, 1931 r.

Autor w związku ze spostrzeganym przez siebie i leczonym przypadkiem tak zwanego karcinoidu wyrostka robaczkowego, robi przegląd wszystkich możliwych w tym narządzie guzów, po wyłączeniu wszelkiego rodzaju spraw zapalnych jak gruźlica, promienica i t. p.

Guzy te bywają zwykle niewielkich rozmiarów i przed operacją nie bywają rozpoznawane jako takie prawie nigdy. Należą tu następujące rodzaje nowotworów.

I. P o l i p y, wychodzące ze śluzówki i mieszczące się wewnątrz światła wyrostka. Są to — histologicznie biorąc — gruczolaki o przebiegu klinicznym dobrotliwym. Drobnowidzowo, obok cech nowotworu stwierdza się zmiany zapalne. Schorzenie bardzo rzadkie.

II. M i ę ś n i a k i (myoma, fibromyoma) — częstsze od poprzednich; przebiegają klinicznie z objawami przewlekłego zapalenia wyrostka.

III. T o r b i e l e ś l u z o w e o cechach nowotworowych (mucocele) — dochodzą do znacznych czasami rozmiarów i wagi 250 gramów.

IV. R a k i — w stosunku do raków innych odcinków przewodu pokarmowego odznaczają się większą dobrotliwością i powolnym długotrwałym przebiegiem (7 lat i dłużej). W 90% umiejscowione są na końcu wyrostka, w 10% — u jego podstawy.

V. K a r c i n o i d y — są to nowotwory nabłonkowe (epithelioma), wychodzące ze śluzówki wyrostka robaczkowego, których komórki nie mają kształtu walcowatego — jak to bywa z reguły w zwykłych rakach przewodu pokarmowego — a raczej wielokątny, płaski, i zawierają komórki srebrochłonne (argentaffines). Przebieg kliniczny dobrotliwy. Występują znacznie rzadziej od raków.

VI. G u z y r z e k o m o-n o w o t w o r o w e — są to guzy twarde o bardzo wyraźnie zazna-

czonych objawach zapalnych (kamienie kałowe, przedziurawienie ściany wyrostka), w których stwierdza się poza tem drobnowidzowo bujanie nowotworowe komórek (komórki o cechach zarodkowych). Rokowanie niezbyt pomyślne. Stwierdzano pooperacyjne nawroty w powłokach brzusznych (!).

Przyczynek do techniki wykonywania gastrostomji sposobem Spivacka (A propos de la gastrostomie. Sur la méthode de Spivack). T h o r e k.
Bull. et Mém. de la Soc. des Chir. Nr. 12, 1931 r.

Dwa zasadnicze niebezpieczeństwa grożą z czasem prawidłowemu funkcjonowaniu przetoki żołądkowej zewnętrznej: 1) stopniowe zwężanie się kanału, które z czasem może doprowadzić do zupełnego jego zamknięcia, 2) wyciekanie poprzez przetokę nazewnątrz zawartości żołądka i soków trawiennych, obżerających skórę i wywołujących uporczywe zapalenie skóry.

Przyczyną zarastania kanału przetoki jest to, że — zgodnie z przepisami większości sposobów operacyjnych (*Witzel, Kader, Stamm, Fontana*) — jest on wysłany odwewnątrz surowicówką, otrzewną ściany żołądkowej, która ma zasadniczą tendencję do zrastania się. Dla uniknięcia powyższego, należałoby wytwarzać kanał, wysłany śluzówką, jak to jest uwzględnione np. przy wykonywaniu gastrostomji sposobem *Depage*'a.

Znacznie trudniej jest ustrzec się w sposób pewny przed tem drugiem niebezpieczeństwem — „nietrzymaniem" przetoki (incontinentia). Autor podaje opis wykonywania gastrostomji według Spivacka, który to sposób chroni nietylko przed następowem zwężaniem się kanału przetoki, ale również zabezpiecza w sposób zupełnie pewny przed wylewaniem się zawartości żołądka nazewnątrz — a to przez wytworzenie u wewnętrznego końca kanału zastawki ze ściany żołądka, wysłanej z obu stron przez śluzówkę. Zastawka ta otwiera się tylko w jednym kierunku to jest do światła żołądka; po podaniu zaś pokarmu i wyjęciu rurki gumowej zamyka wejście do kanału przetoki i uniemożliwia wypływanie treści żołądkowej nazewnątrz.

M. Czyżewski.

RENTGENOLOGJA.

Wartość profilaktyczna światła. (La Lumière: sa valeur prophylactique). E. e t H. B i a n c a n i.
Journal de Radiologie T. XIV Nr. 6 p. 347.

A. przeprowadzał badania doświadczalne dotyczące wpływu światła na odżywianie i wzrost zwierząt. Oprócz światła należało uwzględnić wpływ chłodu, wilgoci oraz braku powietrza. Większość A. stwierdza szkodliwy wpływ braku światła na rozwój zwierząt. A. przytaczają wyniki badań *Lesna'a*, *Turpin'a* i *Zizine'a*, *Bovie'a* i *Alquier'a*. A. poddawali badaniom szczury, ograniczając w pożywieniach witaminy A. i D., poddając jednocześnie badane grupy różnym rodzajom naświetlań, poczem sekcyjnie badali zmiany anatomopatologiczne i wyprowadzili następujące wnioski: 1) zwierzęta dobrze odżywiane umieszczone w ciemności giną, nie przedstawiając zmian krzywiczych; 2) zwierzęta dobrze odżywiane naświetlane promieniami poza fijołkowemi wykazują zwiększenie wagi i wzniesienie procentu wapna we krwi. Jeżeli intensywność promieni poza fijołkowych przekracza pewną granicę, można przeciwnie obserwować zahamowanie wzrostu; 3) Zwierzęta pozbawione w pożywieniu witaminy A. lub D. umieszczane w ciemności wykazywały gwałtowne ciężkie zaburzenia: Xerophtalmię, atrofię i zmiany krzywicze. 4) Zaburzenia powyższe nie występowały jeżeli zwierzęta (punkt 3) poddano naświetlaniom pozafijołkowym. Podobne wyniki podawał w pracach *Hess* (1924 r.).

Hess, Steenbock, Heilbron, Rosenheim, Windaus podawali, iż Ergosterol naświetlany promieniami pozafijołkowemi, zastrzyknięty szczurom w dawce 0,0001 mg, czynił zwierzęta odporne na krzywicę. Komórki naskórka, ciałka czerwone krwi są bogate w ergosterol, który może być zamieniany pod wpływem światła w czynnik przeciwkrzywiczy, posiadający własność ochronną dla komórki kostnej i chrząstkowej przeciw zakażeniom i zatruciom.

U dzieci bardzo wrażliwych stosowano 8 do 10 seansów przy zmniejszonej dawce na seans.

Infekcje jak: kiła wrodzona, gruźlica, długotrwała bronchopneumonja, zakażenia skórne długotrwające, intoksykacje chemiczne, wywołane długotrwałemi zaburzeniami pokarmowemi mogą atakować kości podczas okresu uwapniania i powodować schorzenie. Witaminy pochodzące z odżywienia lub tworzące się w organizmie szczególnie po naświetlaniu pozafijołkowem są czynnikiem obronnym organizmu. Brak witamin może spowodować zaburzenia dotyczące: 1) tworzenia się ergosterolu w organizmie, 2) zatrzymania ergosterolu w podkładzie skórnym, 3) przemiany tegoż na ergosterol czynny.

Jeśli autorzy stwierdzili u dzieci we krwi zmniejszenie się poziomu fosforu nieorganicznego i wapna, radiograficznie zaś opóźnienie ośrodków kostnienia, i rozszerzenie trzonów kończyn, rozpoznanie krzywicy było ustalone. Podawano per os witaminy i stosowano naświetlania pozafijołkowe. (5 mg. dziennie ergosterolu naświetlanego i serję 12 seansów naświetlań promieniami pozafijołkowemi).

A. A. przedstawiają opis ośrodka w Szpitalu Saint-Louis, gdzie uwzględniono: dokładną wentylację, określoną temperaturę i poziom wilgotności powietrza. Jako optimum warunków określono: 1) trzykrotną zmianę pojemności powietrza na godzinę (wentylator wirówkowy). Poziom kwasu węglowego nie powinien przekraczać granicy 7 — 10 na 10.000; 2) Temperatura 20°. (przy użyciu aparatów do ogrzewania i oziębiania powietrza); 3) Stan wilgotności powietrza około 50 do 70°.

Dzieci ze szkół powszechnych są poddawane w ośrodku serji 12 naświetlań promieniami pozafijołkowemi pod kierunkiem lekarza-specjalisty. W Paryżu urzędują dwa ośrodki pod kierunkiem Narodowego Komitetu Opieki nad Dzieckiem i Państwowego Urzędu Hygieny Społecznej, A. A. uważają, że czynność promieni pozafijołkowych jest rozleglejsza, głębsza niż ergosterolu naświetlanego.

Naświetlania ultrafijoletowe chronią kości w okresie wapnienia, działają głęboko na gruczoły

wewnętrznego wydzielania, na system siateczkowo-śródbłonkowy i parasympatyczny, zwiększają poziom cholesteryny we krwi, hemoglobiny i liczbę czerwonych ciałek. Dlatego w profilaktyce schorzeń dziecięcych światło powinno mieć pierwsze miejsce.

Diatermia w leczeniu bolesnych zapaleń około-trzewnych. (La diathermie dans le traitement des périviscérites. douloureuses). L. Delherm, R. Savignac i Morel-Kahn. *Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, Nr. 2, str. 81.*

Stany zapalne około-trzewne charakteryzują się trzema objawami: 1) zaburzeniami stanu ogólnego, 2) zaburzeniami w trawieniu i 3) bolesnością.

Ad 1) schorzenie spotyka się najczęściej u osobników wychudzonych, anemicznych, często ze stanami podgorączkowemi bądź stałemi, bądź okresowemi, w połączeniu z zespołem objawów neuropsychastenicznych.

Ad 2) zaburzenia pokarmowe charakteryzują się swoją stałością i uporczywością. Zaparcie jest naogół objawem stałym, tylko czasami przechodzące w okresy rozwolnień. Zaburzeniom trawiennym towarzyszą nudności, bóle głowy. Wymioty występują rzadko.

Ad 3) Bolesność: najczęściej bardzo żywa, umiejscowiona, występująca z podostrzeniami przeważnie podczas dnia po wysiłkach lub pracy w pozycji stojącej. Badanie stwierdza trzy rodzaje bolesności: ból ścienny, ból trzewny i ból splotowy. Badanie radioskopowe ułatwia dokładniejszą lokalizację schorzenia oraz dozwala na zróżniczkowanie bolesności około-trzewnej z bolesnością ścienną i splotową.

Zasadniczo umiejscowienie: 1) dół biodrowy prawy (okolica wyrostka robaczkowego lub blizny pooperacyjnej tegoż), 2) podżebrze prawe (prawy kąt jelita grubego, woreczek żółciowy, dwunastnica), 3) mniej typowe: nadbrzusze lewe i dół biodrowy lewy.

Często stany zapalne około trzewne mogą istnieć u tego samego chorego jednocześnie w dwóch ogniskach, bądź też posiadają charakter rozlany.

Schorzenie jest zmianą chorobową nabytą; spotyka się u osobników wychudzonych, niedorozwiniętych, nerwowych. A. wyłączają stany zapalne otrzewnej gruźlicze i kiłowe.

Przyczyny powodujące schorzenie: 1) uraz i 2) zakażenie.

Ad 1) Uraz najczęściej chirurgiczny, po zabiegach operacyjnych, w okolicach zakażonych.

Ad 2) Zakażenia o przebiegu długotrwałym, jak: wrzód żołądka, chroniczne stany zapalne woreczka żółciowego, lub wyrostka robaczkowego, chroniczne stany zapalne jelita grubego.

Leczenia schorzenia: A. A. podają, iż u chorych wielokrotnie operowanych, stwierdzono nawroty po zabiegu operacyjnym. Z leków stosowano: 1) łagodne środki przeczyszczające (ol. paraffin, mucillago); 2) szczepionki; 3) środki specyficzne przeciwzrostowe: thiosinaminę i eter benzyl-cynnamonowy; 4) narkotyki o działaniu łagodnem; 5) z zabiegów fizykalno-leczniczych: elektryzację, promienie podczerwone i rentgenoterapję okolic splotowych.

A. A. zastosowali leczenie schorzenia diatermią.

Technika:

Ułożenie elektrod — typowe; jedno posiedzenie trwało 20 minut, serja obejmowała od 12 do 25 seansów, stosowanych codziennie, co drugi dzień lub z przerwą jednodniową po 2 dniach seansów codziennych. Serję powtarzano wielokrotnie w odstępach czasu 2 do kilku tygodni. Ilość seansów podczas serji była różna od 10 do 100.

Wyniki otrzymano następujące: obserwowano chorych 110, z tego 24 mężczyzn, 86 kobiet, 14 chorych przerwało leczenie w jego przebiegu. Ścisła statystyka obejmowała 96 chorych, z tego:

1) z lokalizacją w okolicy nadbrzusza prawego 19 przypadków.
a. 14 operowanych (7 operowanych kilkakrotnie):
6 wyleczenie, 6 poprawa, 3 bez poprawy.
b. 5 nieoperowanych — poprawa 5.
2) z lokalizacją w podbrzuszu prawem 44 przypadki.
a. 37 operowanych (12 kilkarotnie),
9 wyleczonych, 22 z poprawą, 6 bez poprawy.
b. 7 nieoperowanych — poprawa 7.
3) z lokalizacją mieszaną 22 przypadki.
a. 21 operowanych, 8 poprawa, 9 bez poprawy.
b. 1 przypadek nieoperowany — 1 poprawa.
4) zespół objawów brzusznych rozlanych 11 przypadków.
a. operowanych 6, (2 kilkakrotnie).
1 wyleczony, 4 poprawa, 1 bez poprawy.
b. nieoperowanych 5, poprawa 5.

W zestawieniu ogólnem:
78 przypadków operowanych: 20 wyleczonych (25%),
39 poprawa (50%),
19 bez poprawy (25%).
18 przypadków nieoperowanych — poprawa 100%.

A. A. podają dokładny opis 3 typowych obserwacji klinicznych.

Technika hystero - salpingografji. (Technique de l'hystéro - salpingographie). Claude Béclère.
Journal de Radiologie 1930, t. XIV, N. 4, str. 219.

Salpingografję jako metodę badania zawdzięczamy *Sicard'owi* i *Forestier'owi*. A. w swej pracy zaznaczy wytyczne badania.

1) Odpowiedni okres do badania: koniec 1 tygodnia po menstruacji.

2) Miejsce badania: klinika lub szpital. Pacjentka pozostaje pod obserwacją lekarską w przeciągu 12 — 24 godz. Uprzednio należy upewnić się, czy chora nie gorączkuje i czy w obrębie miednicy małej nie stwierdza się bolesności.

3) Aparatura radjologiczna: gabinet do badań winien posiadać trochoskop, umożliwiający kontrolę podczas wpuszczania lipjodolu, przesłonę Potter-Bucky, drugą lampę do zdjęć. Jest rzeczą pożądaną aby urządzenie trochoskopu dozwalało na badanie pacjentki w pozycji ginekologicznej. Unika się przenoszenia pacjentki podczas badań.

4) Technika injekcji: Celem injekcji jest *całkowite* wypełnienie lipjodolem światła macicy i jajowodów. Zamknięcie szyjki macicznej winno być całkowite. Ciśnienie wpuszczanego płynu wystarczające lecz *ograniczone*. A. poleca hysteromanometr (Boulitte), który dozwala na kontrolę ciśnienia wprowadzonego lipjodolu podczas zabiegów. Ciśnienie nie powinno przewyższać 30 cm rtęci, ponieważ badania a. wykazały (załączone zdjęcie macicy z jajowodami usuniętej operacyjnie), iż przy ciśnieniu 30 — 50 cm rtęci zostaje uszkodzona śluzówka macicy i otaczające żyły i arterje maciczne mogą wypełnić się lipjodolem i spowodować zatory. A. przytacza przypadek krwioplucia spowodowanego przez zator naczyń płucnych.

5) Kontrola radioskopowa: Aby uzyskać typowe obrazy wypełnionej kontrastem macicy, zaleca a. obserwację podczas wypełniania jej jamy i uchwycenia odpowiedniego momentu do zdjęć. Często występujące skurcze rogów macicznych dają obraz zdeformowany, z którego bez kontroli radjoskopowej można wysnuć fałszywe wnioski.

6) Obraz radjograficzny: A. zaleca przeprowadzenie seryjnych zdjęć. Klisza 13 × 18, położona na brzuchu, lampa pozostaje scentrowana pod stołem. Metoda ta pozwala na szybkie wykonanie zdjęcia bezpośrednio po skopji. Między jednem zdjęciem a drugiem mały odstęp czasu. Jeśli obraz zwykły nie wyjaśni dostatecznie przyczyny schorzenia, pożądanem jest wykonanie zdjęcia profilowego. W jednym z przypadków a. skierowanym do badania z powodu krwawień macicznych, zdjęcie profilowe wykazało ubytek cieniowy w tylnej ścianie macicy. Skrobanka wykazała nieodklejone części łożyska pozostawione po porodzie. Pomimo stwierdzenia drożności jajowodów przy pierwszem badaniu, należy powtórzyć zdjęcia po 24 godz. od injekcji. Obraz charakterystyczny przy drożności moczowodów przedstawia się następująco: Jama macicy opróżniona, płyn kontrastowy wylany z jajowodów do jamy otrzewnowej daje nieregularnie rozmazane (przez kontakt z jelitami cienkiemi) pasmowate cienie po całej miednicy małej.

Jeśli jajowody są niedrożne, lipjodol pozostaje w ich świetle, dając skupienia. A. przytacza przypadek potwierdzony operacyjnie, w którym badanie wykazało niedrożność jajowodów z powodu zmian torbielowatych.

Trzeci opisany przez a. przypadek dotyczył guza wychodzącego z miednicy małej. Salpingografja oraz jednoczesne ograniczenie guza nitką ołowianą wykazało torbiel międzywięzadłową. A. podkreśla ważność jednoczesnego określania granic nicią ołowianą w przypadkach guzów wychodzących z miednicy małej. A. wykonywał również zdjęcia stereoskopowe bez przyrządów specjalnych. A. podkreśla duże znaczenie aseptyki przy wykonywaniu badań.

Radioterapia (Curie-terapja) raka szyjki macicznej w ośrodku przeciwrakowym okolic Paryża. Statystyka lat 1921-26. (La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue Parisienne Statistiques des années 1921 á 1926). S. Laborde et L. L. Wickham.
Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV, N. 77, str. 402.

Statystyka obejmuje leczenie i wyniki raka szyjki macicznej za wyłączeniem: raka pochwy, nawrotów pooperacyjnych, stanów uogólnionych.

Raki szyjki (epithelioma) podzielone na 4 grupy zależnie od stopnia nasilenia schorzenia.

Stopień 1) obejmuje schorzenie ściśle ograniczone do szyjki macicy (przypadki operacyjne); stopień 2) dotyczy raka szyjki przechodzącego na macicę przy zachowaniu jej ruchomości (przypadki na granicy operacyjności); stopień 3) obejmuje przypadki z zajęciem przydatków lub okolicy pochwy z unieruchomieniem macicy (przypadki nieoperacyjne); stopień 4) obejmuje formy uogólnione z przejściem do narządów sąsiednich, (po-

chwę, pęcherz moczowy, odbytnicę) lub też przerzutami do gruczołów i otrzewnej.

Statystyka zawiera zestawienie wyników po 3, 5 i 8 latach. Praca zawiera 6 zestawień ogólnych, 6 szczegółowych tablic z uwzględnieniem czasu i stopnia choroby, 1 tablicę zawierającą zestawienia ogólne. Z tablic powyżej podanych ogólny odsetek wyleczenia wynosił dla stopnia:

1) 80%,
2) 54%,
3) 21%.
4) 4 chore po terapji pozostawały przy życiu kilka miesięcy — terapję stosowano raczej w celu łagodzenia objawów bólowych.

Technika:

Sposób traktowania był stale jednakowy od 1921 r. Curie-terapja maciczno-pochwowa była zastosowana przy raku I stopnia; w II i III stopniu rentgenoterapja łącznie z Curie-terapją; dla IV stopnia wyłącznie rentgenoterapja (radu nie stosowano ze względu na możność przedziurawienia otaczających tkanek).

Używano rurek zawierających: 1) 10 mgr. elementu radu filtr 0,5 mm platyny + warstwa aliażu złota odpowiadająca 1 mm 5 platyny, 2) 20 mgr. elementu radu przy filtrze 0,5 platyny, ale grubość warstwy aliażu złota odpowiadała 1 mm platyny.

Przyrząd do stosowania Curie-terapji na odległość zawierał 1 gr. radu przy ochronie dla pacjenta i lekarza odpowiadającej 15 cm. ołowiu.

Do rentgenoterapji używano aparatu Gaiffe'a o napięciu 200.000 volt.

Do macicy wprowadzono 2 — 3 rurki zawierające każda 20 mgr. radu, zaś w okolicę szyjki 3 rurki zawierające każda 10 mgr. radu. W tem zestawieniu w użyciu było 70 — 90 mgr. radu. Przy użyciu 70 mgr. zabieg trwał 90—96 godz. „ „ 90 „ „ „ 70—75 „ bez przerwy, o ile temperatura ciała nie przekraczała 38°. Opatrunki zmieniano co 48 god.

Dawka wynosiła 6.000 — 6.800 mgr. godz., bądź też 46 — 50 zużytych milicurie.

W razie konieczności zastosowania przerwy, okresy naświetlań nie przekraczały 20 — 24 godz.; przerwa zaś 48 godz.

Zastosowana rentgenoterapja poprzedzała curie-terapję i była ograniczona do przymacicza.

Technika typowa: 4 pola: 2 od przodu, 2 od tyłu; przy szerokiej miednicy dołączano piąte pole środkowo-tylne.

Dawka na pole 4.000 — 4.500 R; odległość ogniskowa 40 cm.; filtr 1 mm CU + 2 mm Al.

Dawka całkowita 16.000 — 20.000 R podana w przeciągu 15 — 20 dni. Dawka dzienna odpowiadała 1.000 R. W przypadkach poszczególnych używano filtru cięższego: 2 mm. CU + 2 mm. Al.

Technika naświetlania na odległość: liczne wrota wejścia; odległość ogniskowa radu od skóry 12 cm. Przy: 1 gr. radu, filtrze 1 mm. ołowiu — 40 godz. naświetlania odpowiadało dawce rumieniowej.

Wyniki badań histologicznych otrzymane u 173 chorych przedstawiały się: (podział według Roussy'ego):

15,3% epithelioma baso-cellulare,
10,6% „ spino-cellulare,
65% „ o postaci mieszanej,
3,4% „ gruczolaki.

Praca zawiera zestawienie i wyniki badań bakterjologicznych, przeprowadzonych we wszystkich przypadkach. Uwzględniono leczenie szczepionkami i surowicami, bądź przy pomocy szczepionek i autoszczepionek. Zastrzyki podskórne szczepionek wynosiły 1 — 2 cm. zawierających ⅔ strepto-entero-koków, ⅓ innych szczepów; przy zabiegu miejscowym stosowano buljon szczepionkowy. Całkowita dawka terapji bakterjologicznej wynosiła 20 cm³ podczas 5 — 6 dni. Leczenie przeprowadzone było przed zastosowaniem leczenia radowego.

Rozpoznanie radiologiczne uchyłkowatości jelita grubego. (Le diagnostic radiologique de la diverticulose colique). H. Béclére et P. Porcher.

Journal de Radiologie 1930 r., T. XIV. N. 7, str. 380.

Celem pracy A. A. jest przeprowadzenie różniczkowania pomiędzy uchyłkami prawdziwemi, a rzekomemi jelita grubego. Uchyłkowatość występuje często połączona z objawami zapalnemi jelita grubego jako (diverticulitis), bądź jako niezależne układowe schorzenie (diverticulosis).

A. A. rozróżniają: 1) uchyłki prawdziwe, 2) wrzekome wytworzone przez układ fałd śluzówki, 3) uchyłki spowodowane przez zniekształcenie z powodu zmian zapalnych około-trzewnych (perivisceritis).

Ad 1) Utrzymują się stale, ad 2 i 3 mają charakter przejściowy. Różniczkowanie: 1) Uchyłki prawdziwe najczęściej umiejscawiają się w esicy i lewej części okrężnicy; nie przekraczają wielkości grochu; b. rzadko występują pojedyńczo; są niesymetrycznie ułożone; najczęściej uwidacznia-ne przy wlewie kontrastowym; utrzymujące się po opróżnieniu jelita z m. k.; nie są związane ze zmianami perystaltyki; są siedliskiem zmian zapalnych.

2) Uchyłki wrzekome utworzone przez układ fałd śluzówki: umiejscowione w okrężnicy, przeważnie z wyłączeniem esicy: wielkość ich zmienna; ułożone symetrycznie w związku z równoległem ułożeniem fałd i wcięć jelita zaznaczających się przy skurczu; najczęściej widoczne po spożyciu papki, prawie nigdy przy wlewie; znikają po opróżnieniu się jelita; nie przedstawiają zaburzeń odnoszących się do perystaltyki.

3) Uchyłki wytworzone z powodu zmian zapalnych okołotrzewnych: występują najczęściej w okolicy zgięcia wątrobowego (najczęstsze umiejscowienia zmian zapalnych około-trzewnych); są dość duże (o wielkości zmiennej zależnie od zrostów); liczba ich zmienna; są niesymetryczne; występują bez różnicy pomiędzy wypełnieniem jelita per os. czy przy wlewie; nie utrzymuje się po opróżnieniu jelita; powodują zmianę układu fałd perystaltycznych jelita w związku z zrostami. *Dr. I. Konarska.*

O technice pneumopyelografji. (Sur la technique de la pneumopyélographie). E. Chauvin i R. Emparaire.

Journal de Radiologie 1930 r. Tom XIV, zesz. N. 6, str. 344.

Pneumopyelografja oddaje usługi przy lokalizacji kamieni w kamicy nerkowej, gdyż w prze-

ciwieństwie do wprowadzonych do miedniczki płynnych kontrastów, nie zaciemnia konturów kamieni a nawet, dając wokoło jaśniejszą plamę, powoduje ostrzejsze jego odcinanie się.

Pneumopyelografja zazwyczaj nie daje ostrych konturów miedniczek i kielichów — gaz często ucieka z miedniczek zanim badanie zostanie ukończone. Przy badaniach swych A. posługiwał się strzykawką 20 lub 100 cm połączoną za pomocą węża gumowego z cewnikiem moczowodowym oraz zaopatrzoną w manometr Klauda z podziałką odpowiadającą ciśnieniu wody od 0 do 100 cm. Człowiek bez bólu znosi w moczowodzie ciśnienie koło 100 cm wody i to ciśnienie A. stosował przy swych badaniach.

Aby uzyskać obraz miedniczki możliwie ostry, A. radzi pochylać chorego w stronę nerki zdrowej o tyle, o ile na to pozwala przesłona, gdyż w tej pozycji mocz zbierający się w miedniczce badanej spływa ku ujściu moczowodu i z niej jest wypierany przez ciśnienie gazu, nie dając przez to niepotrzebnego cienia. Ze względu na to, iż podczas badania gaz ucieka przez moczowód, A. radzi używać strzykawki 100 cm i podczas badania, kontrolując ciśnienie na manometrze, dopełniać go w miarę potrzeby przez ucisk tłoczka. Po skończonem badaniu przed usunięciem cewnika A., wypuszcza powietrze z miedniczki, a często w celach porównawczych robi również i pyelografję zwyczajną.

Przypadek odmy czaszkowej po zranieniu głowy. (Un cas de pneumo-ventricules aprés blessure du crane). R. G. Bruni A. Jaubert de Beaujeu.

Journal de Radiologie 1930 r. Tom XIV, zesz. N. 6, str. 338.

A. A. podają wszystkie dotychczas opisane w literaturze przypadki odmy czaszkowej, następnie zaś przytaczają swój przypadek, dotyczący chorego z raną postrzałową czaszki. Rentgenogramy wykazały cień kuli karabinowej w jamie czaszkowej, oraz rozjaśnienia odpowiadające wypełnionym przez gaz komorom i ubytkom w tkance mózgowej.

Dr. W. Trzetrzewiński.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Cięcie i szew powłok brzusznych u kobiet. (L'incision et la suture dans la laparotomie chez la femme). Jayle F.

Proc.-verb. de 39 Congr. franç. Chirur. str. 678, 1930.

Autor twierdzi, że w większości wypadków wystarcza cięcie długości najwyżej 7 cm. Do rozszerzenia jamy brzusznej używa J. dwułyżkowego małego wziernika, radzi unikać dużych wzierników, których dolna łyżka opiera się o spojenie łonowe. Cięcie skóry poprzeczne prowadzić należy w obrębie owłosienia, podobnie przy cięciu podłużnem należy schodzić nisko ku dołowi, również do okolicy skóry owłosionej.

Do szycia powłok brzusznych autor nie używa ketgutu; łączy on mięśnie i powięź szwami nieresorbującemi się, wyprowadza je po przez skórę nazewnątrz i przymocowuje do metalowych płytek. Klamerki zdejmuje na 2 — 3 dzień, pozostałe nitki na 5 — 6 dzień. Jodyna do odkażania przed operacją winna być możliwie słaba.

Autor jest bardzo zadowolony ze swoich wyników operacyjnych, i przypisuje to oszczędzaniu tkanek w czasie operacji.

Całkowite czy nadpochwowe wycięcie macicy? (Hysteréctomie totale ou subtotale?) Faure J. L.

Leç. Clin. Tarnier. Nr. 7, str. 210, 1931.

Autor oświadcza się w zasadzie za wykonywaniem nadpochwowego wycięcia macicy, a nie całkowitego jej usunięcia. Oto jego przesłanki: pozostawienie kikuta szyjki macicy grozi jego zrakowaceniem 1 : 500 lub 1 : 1000 przypadków, ale ogólna śmiertelność po całkowitem wycięciu macicy jest o 2% większa niż nadpochwowem; ponadto operacja całkowitego wycięcia macicy trwa dłużej, łatwiej i częściej wywołuje zapalenie pęcherza z powodu jego oddzielenia na dużej przestrzeni, a więzadła narządu rodnego kobiety tracą swój punkt przyczepu i później wrastają wadliwie do blizny pooperacyjnej. Prawda, że przy extirpatio totalis uzyskujemy możność szerokiego drenowania jamy brzusznej przez pochwę, ale tąż samą drogą mogą się bakterje przedostać z dołu do jamy brzusznej.

Oczywiście całkowite wycięcie macicy winno mieć miejsce tam, gdzie szyjka względnie część pochwowa macicy wykazuje schorzenia nietylko nowotworowe, ale i zapalne, ale przypadki te są stosunkowo rzadkie zwłaszcza jeśli chodzi o najczęstsze wskazania do usunięcia macicy, to jest jej mięśniaki.

Bolesne miesiączkowanie w okresie pokwitania. (Les dysménorrhés pubertaires). Riche V.

Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26. Nr. 9, 1931.

Autor omawia etjologję, postacie kliniczne, przebieg, rozpoznanie i leczenie bolesnego miesiączkowania okresu pokwitania. Ujęcie sprawy nie wnosi nic nowego, wobec tego zatrzymamy się tylko na ostatnim punkcie, t. j. leczeniu omawianego schorzenia.

Leczenie zapobiegawcze polegać winno na rozpoznawaniu i leczeniu dziedzicznej gruźlicy, kiły i stanów dystroficznych; pamiętać należy i leczyć zaburzenia w zakresie gruczołów dokrewnych, gdyż im wcześniej rozpoczniemy terapję tem lepszych możemy oczekiwać od niej wyników.

Leczenie objawowe samego napadu bolesnego miesiączkowania polega na okładach letnich wysychających dolnej części brzucha (według Priessnitz'a) i na wcieraniu w skórę następującej mieszaniny:

Chloroformi 12,0
Tct. opii 10,0
Ol. hyoscyami
Ol. camomillae camphoratum 60,0.

Jeśli bóle są bardzo silne polecenia godne są lawatywki ze szklanki wody z dodatkiem 15 — 30 kropli makowca, lub czopki z opium i belladonną. Ponadto działają dobrze związki atropiny lub kwasu salicylowego, (antipiryna i t. d.).

Leczenie zasadnicze uwzględniać powinno cały szereg funkcyj organizmu.

W przypadkach nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych zastosować należy odpowiednią terapję hormonalną.

Do zadziałania na układ współczulny zazwyczaj nieprawidłowo działający w tych przypadkach służą środki pośrednie i bezpośrednie. Oto kilka z nich: (hydroterapja) wodolecznictwo, miejscowe upusty krwawe, diatermja, gimnastyka, masaże kąpiele i natryski miejscowe, kręgarstwo, leczenie uzdrowiskowe.

Z zabiegów szkoła lyońska z Albertim na czele wykonywa rozszerzenie pochwy, odbytnicy i cewki pod narkozą, jak również rozciąganie więzadeł krzyżowo-macicznych i uruchomienie macicy; inni radzą przedewszystkiem masaż przymacicz bocznych i tylnego.

Operacje wykonywane w leczeniu omawianego schorzenia to rozcięcie ujścia zewnętrznego i szyjki, rozszerzenie kanału szyjki z wyprostowaniem macicy na pessarium. Wreszcie zabiegiem bezpośrednio atakującym układ nerwowy współczulny jest wycięcie nerwu przedkrzyżowego (n. praesacralis) według metody Cotte, Leriche, Hamant.

Wskazania do zabiegu operacyjnego w przewlekłem zapaleniu jajowodu o etjologji niegruźliczej. (Indications des interventions chirurgicales dans la salpingite chronique non tuberculeuse). M a r t i n C h.

Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26, Nr. 9, 1931.

Referat zbiorowy zawierający przekrój pojęć, panujących w medycynie francuskiej w sprawie operacyjnego leczenia niegruźliczego zapalenia przydatków macicy.

Wskazania kliniczne do operacji układają się jak następuje:

1) gorączka i ciężki stan ogólny.
2) guzy przydatków.
3) uporczywe i silne bóle.
4) niepłodność.

Operacje ze wskazań punktu 1-go należą do najtrudniejszych i dających najgorsze wyniki, ale niestety niekiedy niema innego wyjścia skoro sprawa nie poddaje się zupełnie długotrwałemu i starannemu leczeniu.

Drugi punkt zawiera wskazania najbardziej pospolite i dotyczy przypadków, w których pyo-haemo — lub hydrosalpinx nie ustępuje leczeniu konserwatywnemu.

W przypadkach uporczywych i silnych bólów ostatnie czasy wniosły nowość w postaci operacji na nerwie przedkrzyżowym *(Cotte, Leriche)* lub na zakończeniach nerwu współczulnego naprz.: w hilus ovarii. Oczywista, nie tracą aktualności dawne metody operacyjne naprawiające wadliwe położenie macicy i usuwające zmienione przydatki.

Wreszcie w grupie przypadków niepłodności obowiązuje najpierw ścisłe rozpoznanie (przedmuchiwanie, hysterosalpingografja) i operacja (salpingostomia), która jednak nie daje więcej jak 10% dobrych wyników, co do ciąży.

Co się tyczy drogi operacyjnej, to przedewszystkiem wskazana jest droga laparotomji; przez pochwę wyciąć można albo ruchome guzy przydatkowe albo też wyciąć macicę nawet w ciężkich ropnych przypadkach, na to aby po usunięciu macicy wydrenować dokładnie miednicę małą. Co do pozostawienia jajnika autor jest stronnikiem oszczędzania go pomimo, iż może on być powodem przykrości w przyszłości.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie choroby Fox-Fordyce'a. („Sur la maladie de Fox-Fordyce"). S. N e u m a r k.

Annales de Dermatol. et de Syphiligr. N. 9, wrzesień 1931.

Schorzenie zajmuje wyłącznie niektóre ściśle ograniczone okolice skóry: zagłębienia pachowe, obwódki sutków, okolicę łonową, wargi sromowe większe, rzadziej okolice pępka. Schorzenie jest wybitnie długotrwałe, może trwać 7 i więcej lat, bardzo swędzące, polega na pojawianiu się drobnych, przypłaszczonych grudek wielkości główki szpilki do małego grochu, barwy jasno-cielistej, różowawej, brunatno-czerwonej lub żółtawej. Grudki zwykle nie zlewają się ze sobą, są jednak bardzo gęsto obok siebie ułożone. Na wargach sromowych zwykle bywają większe — i tam też niekiedy zlewają się. Skóra w otoczeniu grudek skutkiem ustawicznego drapania przybiera barwę brunatną.

Autor podaje opis 3-ch przypadków powyższego schorzenia. Leczenie promieniami Rentgena dało tylko nieznaczną poprawę, leczenie natomiast insuliną, przeprowadzone w jednym przypadku, dało wynik b. dobry. Swędzenie całkowicie ustąpiło, wykwity znacznie zmniejszyły się. Zastrzykiwano 20 do 30 jednostek insuliny codziennie, dając równocześnie w ciągu pierwszych kilku dni dożylnie roztwór glukozy dla uniknięcia wstrząsu hypoglikemicznego. W jednym przypadku autora wystąpiło swędzenie pod pachami równocześnie z miesiączkowaniem, w 11 lat później pojawiły się w miejscu swędzenia wykwity. Szereg spostrzeżeń innych autorów wskazuje również na pewien związek pomiędzy tem schorzeniem a wydzielaniem jajników, tarczycy i nadnerczy. Zauważono mianowicie miesiączkowanie późne i nieregularne w przypadkach choroby F. — F. Równocześnie z ustąpieniem schorzenia poprawiało się miesiączkowanie. Częste są objawy niedorozwoju płciowego i niemocy płciowej u chorych, dotkniętych tem schorzeniem. Spostrzegano także wzrost swędzenia, a nawet i wykwitów przed perjodem i w czasie perjodu, objawy hyper i dystyreoidozy, w końcu wybitny wzrost swędzenia a niekiedy i wykwitów po zastrzyku adrenaliny, brak swędzenia po zastrzyku pilokarpiny.

Badania histologiczne gruczołów potnych okolicy pach u osobników zdrowych i dotkniętych chorobą F. F., wykluczają jakiekolwiek zaczopowanie ujść gruczołów potnych i wznowienie ich wydzielania, przeczą więc dotychczasowym teorjom tyczącym się etjologji choroby F. F. (infekcja, zaczopowanie).

Czynniki mechaniczne i infekcyjne mogą tu wchodzić w grę i stwarzać pewne usposobienie; za

główny jednak i pierwotny czynnik etjologiczny należy uważać zaburzenia w wydzielaniu gruczołów potnych na skutek zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.

Leczenie kiły późnej promieniami pozafijołkowemi i autohemoterapja u chorych naświetlanych. (Traitement de la syphilis tardive par les rayons ultraviolets et les autohémoinjections des malades irradiés). E. Rajka i E. Radnai.
Annales de Dermat. et de syphiligr. N. 9, 1931.

Wychodząc z założenia, że każdy stan zapalny wywiązuje szereg ciał niespecyficznych przeciwzapalnych, autorzy wprowadzili od szeregu lat do leczenia swoich przypadków kiły naświetlania promieniami pozafijołkowymi w dawkach wywołujących rumień. Niespecyficzne ciała przeciwzapalne, jak wykazały badania, krążą w krwiobiegu w największej ilości w ½ godziny po naświetleniu. Pobranie w tym czasie krwi z żyły naświetlonego i wstrzyknięcie jej do pośladków temu samemu choremu, wzmaga znacznie wyniki lecznicze. Czy dzieje się to skutkiem jakiegoś bliżej nieznanego procesu pobudzenia komórek lub skutkiem uwolnienia przeciwciał zapalnych, nagromadzonych w komórkach skóry i w komórkach układu śródbłonkowo-siateczkowego — trudno dać odpowiedź. Niespecyficzne ciała przeciwzapalne, krążąc w krwi, napotykają zapalne ogniska wywołane przez krętki, wynikiem czego bywa powolne wygasanie zapalnych procesów kiłowych. Jeżeli naświetlanie powtarza się co pewien czas, to można przypuścić, że dopływ przeciwciał do ognisk czynnych procesów kiłowych jest stały, o większem lub mniejszem nasileniu. Dopływ ten zależy oczywiście także od przepuszczalności ścian naczyń krwionośnych, a w przypadkach kiły centralnego systemu nerwowego — od przepuszczalności opon.

Leczeniu światłem w połączeniu z hemoterapją poddawano tylko przypadki kiły, leczone uprzednio energicznie środkami chemicznemi — i na to leczenie chemiczne zupełnie oporne.

Z 62 przypadków leczonych powyższym sposobem, było 21 przypadków kiły późnej, utajonej, z dodatnim odczynem Was. i 41 przypadków kiły układu naczyniowego i nerwowego. Stosowano naświetlania ogólne, całej skóry aż do rumienia (30 do 60 minut dochodzące), 3 razy tygodniowo w ilości 30 naświetlań. Większe ilości naświetlań są zbyteczne, a niekiedy nawet szkodliwe. W pół godziny po pierwszych i ostatnich 10 naświetlaniach pobierano w dawkach wzrastających 2 do 15 cm³. krwi z żyły naświetlonego i wstrzykiwano ją dopośladkowo temuż choremu. Ogółem więc chory otrzymywał 20 zastrzyków krwi w 2-ch serjach po 10.

Odczyn Was. po leczeniu w 57% przypadków kiły późnej, utajonej, przeszedł z dodatniego na ujemny i jako taki utrzymywał się najkrócej 5 miesięcy, najdłużej 3 lata. W przypadkach kiły naczyń i układu nerwowego, odczyn Was. z dodatniego w ujemny przeszedł w 28% przypadków i utrzymywał się ujemnym 2 do 12 miesięcy. Odczyn Was. w czasie leczenia wykazywał często wahania. Reakcja luetynowa w czasie leczenia i bezpośrednio po jego ukończeniu nasilała się, w dłuższy czas po leczeniu — znikała. Z 41 przypadków kiły objawowej było 100% poprawy subjektywnej, ponadto nastąpiła również wybitna poprawa kliniczna. Trwałość tych remisji wynosiła 1 do 19 miesięcy (w 7 przypadkach ponad rok), co jest wynikiem b. dobrym, zwłaszcza w przypadkach wiądu rdzenia, co do którego zestawienia po leczeniu malarją wykazują 10 do 20% poprawy. Zauważono także poprawę stanu ogólnego u wszystkich chorych. Chorych przybywało na wadze 5 do 8 kilogramów. Wziąwszy pod uwagę wyniki tego leczenia i to, że leczenie światłem pozafijołkowem i hemoterapją można bezkarnie co pewien czas powtarzać, że poza leczeniem środkami chemicznemi — jest to jedyny łatwy, ambulatoryjny sposób leczenia kiły — autorzy dochodzą do wniosku, iż ta niespecyficzna metoda powinna znaleźć szerokie zastosowanie w przypadkach kiły opornej na leczenie chemiczne, a zwłaszcza w tych, w których leczenie gorączkowe jest przeciwwskazane (kiła układu naczyniowego).

KRONIKA

W początkach stycznia rozpoczął pracę Dział Medyczny Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ulicy Wawelskiej 15, w kopleksie gmachów, specjalnie na ten cel budowanych i urządzonych według planów opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy.

Zadaniem Instytutu są badania naukowe nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób oparty na podstawach naukowych.

W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, jednak specjalnie dla chorych na nowotwory złośliwe.

Dyrektorem działu medycznego jest dr. Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkoletnie specjalne studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji.

Dział Medyczny Instytutu obejmuje: pracownie lekarskie, Szpital oraz Przychodnię.

Szpital, obliczony na 62 łóżka I, II i III klasy, ma następujące działy: 1) leczenia radem z 1-ym gramem radu, 2) leczenia promieniami Röntgena z 5-ma miejscami do głębokiej terapji i 1-ym aparatem djagnostycznym, oraz 3) dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendotermji.

Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w przychodni instytutu, która będzie czynna codziennie w godzinach przedpołudniowych, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądane jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych, specjalnie jeżeli chodzi o przypadki nowotworów złośliwych.

*
* *

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Austrji, Włoch i Francji.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (20 — 25 marca 1932) a następnie Wenecję, San Remo, Mentonę, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. M. Faure, prezydentem towarzystwa lekarskiego na Rivierze), odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. V o r o n o f f a (znanego z operacji odmładzania) i pojadą do Marsylji i Paryża (Instytut Pasteura, Prof. Dr. C a l m e t t e). W powrocie zwiedzą Innsbruck, Gastein, Solnogrod.*)

Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do Skandynawji.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (8.-12.VIII 1932). Dnia 13.VIII nastąpi podróż do Berlina i Kopenhagi na Congrés de la Lumière (Kongres badań światła) a stąd do Osla (Christianji) i Stokholmu. Z podróżą główną można połączyć podróż ze Stokholmu do Helsingforsu i do Rosji (Leningrad, Moskwa, Kijów, Charków.)

Lekarze (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I. Biber strasse 11. I. St.

Albo: Büro für Aerztliche Gesellschaftsreisen, Wien X. Keplergasse 5. Tür 8.

* * *

Otrzymaliśmy zawiadomienie, że w Paryżu zostało otwarte 26, rue de Rivoli; (Tel.: Archives 72-17; Adr. tel. Utzekho Paris). Biuro Informacyjno Komisowe M. Uciechowskiego, Tłómacza Przysięgłego i Rzeczoznawcy przy Sądzie Okręgowym w Paryżu, Rejestr Handlowy Nr. 453076-077, które załatwia wszelkiego rodzaju zlecenia handlowe, przemysłowe, techniczne, celne, prawne, finansowe i t. p. „Za wszelkie informacje lub zlecenia komisowe, nie wymagające z naszej strony wydatków, prosimy przesłać Zł. 10.— tytułem honorarjum i na pokrycie kosztów pocztowych. Zlecenia handlowe bardziej skomplikowane załatwiamy po uprzedniem porozumieniu się z nami. Dyskrecja absolutna.

Korespondencja we wszystkich językach.

Uwaga: listy adresować prosimy wyłącznie w sposób następujący:

Monsieur M. OUTZEKHOVSKY, 26, r. de Rivoli, PARIS 4-e".

* * *

Redakcja otrzymała od tygodnika lekarskiego „Bruxelles-Medical", list następującej treści:

Wielce Szanowny Panie Naczelny Redaktorze i Drogi Kolego!

Od przeszło 10 lat, Bruxelles-Médical, pragnąc dać lekarzom możność poznania i przekonania się o dobrodziejstwach, których dostarcza pobyt na szerokiem morzu, utworzył Towarzystwo Podróży Lekarskich, których powodzenie stale wzrasta.

*) Z podróżą główną można połączyć podróż do francuskiej Afryki północnej (Algier, Biskra, Tunis) i do Hiszpanji.

Wdwóch ostatnich podróżach (jedna w marcu okrętem „Champollion", do wschodnich wybrzeży morza Śródziemnego i druga w lipcu do Norwegji, Spitzbergu i Banquise) brało udział przeszło 800 osób, należących do 14 rozmaitych narodowości. W poprzednich podróżach z przyjemnością zauważyliśmy, że do lekarzy belgijskich przyłączyli się koledzy — Polacy, których, niestety, było niewielu.

Życzylibyśmy sobie, aby w przyszłości liczba uczestników — Polaków stale wzrastała, co mogłoby tylko zacieśnić jeszcze bardziej więzy przyjaźni, łączące nasze kraje.

Pozwalam sobie zwrócić uwagę na to, że w podróżach urządzonych przez Bruxelles — Médical, mogą brać udział przedewszystkiem lekarze ze swemi rodzinami.

Jednakże, na życzenie pewnej liczby kolegów— tylko w razie obecności wolnych miejsc, do uczestniczenia w podróży można dopuścić i nielekarzy pod warunkiem, że osoby te przedstawią listy polecające lekarza domowego. Żądanie listów polecających ma na celu odpowiedni dobór uczestników z poza świata lekarskiego i utworzenie grupy turystów należących mniej więcej do jednakowego środowiska społecznego.

XVI podróż na Wyspy Słoneczne, urządzona przez „Bruxelles - Médical".

Doroczna podróż, zorganizowana przez „Bruxelles-Médical" podczas wielkich wakacyj, odbędzie się w roku 1932 na Atlantyk i Zachodnie Wybrzeże Śródziemnomorskie według następującej marszruty:

Bordeaux — Porto — Lizbona — Punta Delgada i Horta (wyspy Azorskie) — Funchal (Madera), — Teneryfa (wyspy Kanaryjskie) — Casablanca (Rabat, Larache), — Tanger — Ceuta (Tetouan, hiszpańskie Maroko), — Palma Majorka (wyspy Balearskie), — Cagliari (Sardynja), — Wschodnie Wybrzeża Sardynji i Korsyki — Livorno (Piza i Florencja) — Marsylja.

Odjazd nastąpi z Bordeaux 27 lipca, powrót do Marsylji dnia 21 sierpnia. Podróż odbędzie się na pokładzie luksusowego statku „Brazza" (15.000 tonn).

Przewidziane są opłaty dwojakiego rodzaju: pierwszy dla lekarzy i ich rodzin (żony i niepełnoletnie dzieci) i drugi dla osób, nie należących do świata lekarskiego, ale poleconych przez lekarza domowego.

Najniższa opłata wynosi dla lekarzy w I klasie 4975 fr. fr., w II kl. 2325 fr. fr.

Do 1 lutego 1932 r. przyjmowane będą zapisy j e d y n i e od lekarzy i ich rodzin; zapisy innych osób przyjmuje się tylko dla orjentacji bez zobowiązania ze strony organizatorów.

Dla życzących będą urządzane wycieczki w portach i ich okolicy za niewysoką opłatą.

Po wszelkie informacje dodatkowe i w sprawie zapisów należy zgłaszać się do działu podróży „Bruxelles-Médical" (Section des Voyages de „Bruxelles-Médical", 29, Boulevard Max, à Bruxelles).

Wycieczka letnia do Norwegji, Spitzbergu i Banquise urządzona przez „Bruxelles - Médical".

Wielu lekarzy zawiadomiło nas, że zajęcia nie pozwalają im na wyjazd podczas feryj wielkanoc-

nych. Wobec tego „Bruxelles-Médical“ — starając się zadość uczynić wyrażonym przez lekarzy życzeniom — postanowił zorganizować w lipcu wielką wycieczkę do wybrzeży Norwegji (ze zwiedzeniem kilku najbardziej malowniczych fjordów) do Lofoden — Nord Cap (przylądek północny), Laponji, Spitzbergu (gdzie będzie można zwiedzić obozy Andree, — Amundsena i Nobile'go), Banquise; powrót przez Jan Mayen, Wyspy Owcze (Feroë) i Szkocję.

Marszrutę wycieczki, obejmującą aż 22 przystanki, opracowała naukowo wybitna osobistość, której wyprawy podbiegunowe są powszechnie znane. Osobistość ta przyjmie zresztą udział w tej wycieczce, którą uczestnicy odbędą na pokładzie luksusowego okrętu „Foucaud“ (15.000 tonn, 152 metry). Okręt ten zbudowano w zeszłym roku i specjalnie wynajęto na tę wycieczkę.

Foucauld jest bezsprzecznie jednym z najładniejszych okrętów obecnej floty francuskiej.

Odjazd nastąpi z Dunkierki 11 lipca, z Zeebrugge 12 lipca, powrót zaś do tych samych portów — 6 sierpnia.

Ceny wyłącznie dla lekarzy, ich żon i nieletnich dzieci:

w klasie I: od 4500 fr. fr. za osobę,

w klasie II: od 1975 fr. fr. za osobę.

Osoby nie należące do świata lekarskiego mogą uczestniczyć w podróży (wycieczce) za opłatą nieco wyższą jedynie na podstawie listu polegającego ich stałego lekarza.

Dla życzących urządzone będą wycieczki w Norwegji i Szkocji. Cena ustalona: 895 fr. fr.

Wobec wyjątkowo dogodnych warunków, w jakich odbędzie się wycieczka lekarze, mający zamiar wziąć w niej udział, proszeni są o jak najszybsze nadesłanie zgłoszeń. Miejsca będą przyznawane według kolejności zgłoszeń.

Po informacje uzupełniające i zapisy prosimy zwracać się do Section des Voyages de Bruxelles-Médical, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles. Adres telegr.: Belgfranav, która na życzenie prześle bezpłatnie broszurę z wykreśloną na mapie marszrutą.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie tak zwanego przerostu gruczołu krokowego przecięciem nasieniowodów. Opierając się na przesłankach fizjologicznych i fizjo-patologicznych, zaczęto w przypadkach guza sterczu wykonywać przecięcie nasieniowodów (z ich wycięciem na pewnej przestrzeni) — z wynikiem naogół niezłym. Jakkolwiek metodą operacyjną z wyboru w powyższem cierpieniu będzie zawsze wyłuszczenie sterczu (prostatectomia), jednakże w przypadkach, w których zabieg ten będzie z tych czy innych względów przeciwskazany, należy zawsze wykonywać podwiązanie nasieniowodów, po którem można się spodziewać znacznej poprawy. Poza tem, podwiązywanie nasieniowodów ma również znaczenie zapobiegawcze, gdyż, jako zabieg wstępny przed wyłuszczeniem sterczu, chroni chorego w dużym stopniu przed wystąpieniem powikłań pooperacyjnych w zakresie narządów płciowych.

(Mack. La Presse Méd. N. 99, 1931).

Salicylan ezeryny w leczeniu nadczynności tarczycy. W ostatnich czasach zaczęto stosować z dużem powodzeniem w stanach nadczynności tarczycy, w celu zmniejszenia napięcia nerwu współczulnego (sympathicotonia), salicylan ezeryny w dawce: 3 razy dziennie po 0,002 (2 miligramy) z dodatkiem 0,3 gr. siarczanu chinidyny do każdej dawki ezeryny. W 50% wszystkich przypadków poprawa była trwała, w 50% — przejściowa, w 25% — brak poprawy. W pierwszym rzędzie zostają złagodzone objawy ze strony serca, następnie — zmniejsza się nasilenie przemiany materji i wytrzeszcz gałek ocznych.

(Bram. La Presse Méd. N. 103, 1931).

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54. TEL.: 615-56 i 242-40.

OD REDAKCJI.

KONKURS
„WIEDZY LEKARSKIEJ"

Zgodnie z warunkami ogłoszonego w roku zeszłym konkursu „Wiedzy Lekarskiej" podajemy obecnie opinję Sądu Konkursowego.

Sąd Konkursowy pod przewodnictwem P. Prof. W. Orłowskiego po zaznajomieniu się z dość licznie nadesłanemi pracami stwierdził naogół bardzo mierny poziom prac wobec czego postanowił: pierwszej nagrody żadnej z nich nieudzielać, natomiast przyznać autorom 2 prac najbardziej się wyróżniających dwie nagrody zł. 500 i 250; w ten sposób nagrody uzyskują:

500 zł. Autor pracy p. t. Wpływy niektórych środków roślinnych na przebieg gruźlicy. Godło „Tussilago".

250 zł. W sprawie porównawczego rozpoznania i leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego. Godło „Hromszczanin"

Po otwarciu kopert z godłami okazało się, że nagrody otrzymują:

P. P. Dr. H. Skwarczewski i J. May (500 zł.)

P. Dr. Feliks Hłasko (250 zł.)

Nagrodzeni autorzy proszeni są o porozumienie się osobiste lub piśmienne z Administracją pisma celem podjęcia nagród.

Ponadto Sąd Konkursowy zakwalifikował do druku na warunkach zwyczajnych prace:

Rozpoznanie i leczenie stanów pośpiączkowych, Godło: „Dominikanin"

O uśmierzaniu dysphagji, Godło: „Antivirus"

Ostre śmiertelne powikłania suchot, Godło: „Praca".

Schorzenia stawowe u chorych na kiłę. Godło: „Lekarz".

Autorzy wyżej wymienionych nienagrodzonych prac są proszeni o niezwłoczne zawiadomienie Redakcji, czy zgadzają się na wydrukowanie swych prac na warunkach zwykłych i na poczynienie w razie potrzeby przez Redakcję odpowiednich skrótów i zmian.

Prace nienagrodzone i niezakwalifikowane do druku są do odebrania w Administracji.

Redakcja Wiedzy Lekarskiej poczuwa się do miłego obowiązku złożenia na ręce Pana Profesora Witolda Orłowskiego — serdecznego podziękowania członkom Sądu za trudy poniesione w związku z konkursem.

Jednocześnie ogłaszamy następny, czwarty z rzędu, Konkurs Wiedzy Lekarskiej, prosząc jednocześnie p. p. Autorów o zwrócenie uwagi, że uzyskanie I nagrody jest możliwe tylko, jeżeli poziom pracy istotnie jest wysoki.

WARUNKI KONKURSU:

1. Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy", z wyjątkiem stałych współpracowników pisma.

2. Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach. uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także i piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy". Na konkurs mają być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3. Prace winny być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w trzech egzemplarzach do Administracji „Wiedzy", najpóźniej do dnia 31 grudnia 1932 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora.

4. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1933 „Wiedzy". Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy", w ciągu roku 1933.

5. Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6. Nagroda główna wynosi 3000 zł, oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł. i dwie po 250 zł.

7. W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody głównej żadnej z nadesłanych prac z powodu nieodpowiedniego poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo, albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagrody wymienionej na mniejsze części, to samo dotyczy nagród pocieszenia.